52° Congresso Nazionale SIGG

COMUNICAZIONI E POSTER

Profilo lipidico in plasma e linfomonociti periferici di pazienti adulti con beta-talassemia maior e intermedia

C. Abete[1], C. Norfo[1], C. Mulas[1], M. Putzolu[1], A. Borgia[2], S. Vacquer[3], M.P. Carta[3], S. Dessì[1], M.E. Lai[3]

[1]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [2]Centro Trasfusionale, ASL 7 Iglesias; [3]Centro Talassemici Adulti Osp. Microcitemico, ASL8, Cagliari

Scopo. Tra le complicanze delle beta talassemie figurano anche quelle vascolari, quali tromboembolismo polmonare, trombosi cerebrale e ulcere agli arti inferiori. Stando alla patogenesi di tale complicanze, si deve supporre che i beta talassemici siano soggetti a disfunzioni endoteliali croniche in grado di innescare processi aterosclerotici in vari distretti vasali. Poiché i talassemici presentano livelli di colesterolo totale e LDL più bassi rispetto a soggetti non talassemici, e poiché in tali pazienti non è stata riscontrata nessuna correlazione tra livelli di ferritinemia ed eventi vascolari, i possibili fattori di rischio responsabili di tali eventi sono a tutt'oggi sconosciuti. Nel presente studio il metabolismo lipidico è stato pertanto valutato non solo nel plasma ma anche in linfomonociti periferici di soggetti adulti con talassemia, maior, intermedia e minor.
Materiali e metodi. Tali studi sono stati condotti su 39 pazienti con beta talassemia maior (età media 37), 35 con beta-talassemia intermedia (età media 40), 20 con talassemia minor (età media 38). 50 soggetti sani non talassemici (età media 41) sono stati utilizzati come controlli. Nessuno dei soggetti stava prendendo farmaci conosciuti interferire col metabolismo lipidico. Il plasma e i linfomonociti sono stati isolati da prelievi di sangue venoso per centrifugazione differenziale su gradiente Ficoll. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e HDL (HDL-C) sono stati determinati con procedure colorimetriche enzimatiche di routine, i lipidi neutri cellulari sono stati determinati sia con metodiche di TLC che con il colorante Oil red O (ORO) in grado di legare i lipidi neutri inclusi gli esteri del colesterolo ma non il colesterolo libero. I valori ottenuti con l'ORO sono stati espressi in base all'intensità del coloro rosso e suddivisi IN 5 classi: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++) and 4 (++++).
Risultati. In accordo con risultati precedenti, i pazienti con talassemia maior e intermedia hanno livelli di CT e HDL-C significativamente più bassi dei pazienti con talassemia maior e dei controlli. I pazienti con talassemia maior non mostrano, rispetto ai controlli, nessuna variazione significativa di CT, ma presentano livelli significativamente più bassi di HDL-C. Nei pazienti con tutti tre i tipi di talassemie, i bassi livelli plasmatici di HDL-C erano associati con accumuli citoplasmatici di lipidi neutri (esteri del colesterolo in particolare) in linfomonociti periferici. Interessante i livelli di HDL-C correlavano in maniera significativa con l'intensità della positività dell'ORO.
Conclusioni. Noi suggeriamo che la determinazione dei livelli di HDL-C nel plasma, associata a quella dei lipidi neutri in linfomonociti periferici possa costituire un indice di potenzialità aterogena in pazienti con beta talassemia.

Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Demenza e disturbi dell'alimentazione

C. Aglialoro, G. Belvedere, A. Lo Bue, M. Ferlisi, A. Di Prima, A. Giunta, M. Belvedere, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Tra i soggetti dementi i disturbi dell'alimentazione sono comuni. La malnutrizione accompagnata dal rifiuto del cibo e la disfagia possono essere presenti anche in una fase iniziale della demenza. L'utilizzo di strategie assistenziali tramite supporti nutrizionali per garantite l'alimentazione artificiale può diventare una necessità.
Scopo. Lo studio si prefigge di valutare i disturbi dell'alimentazione in una popolazione di soggetti affetti da demenza residenti in una RSA e le relazioni con la mortalità.
Materiali e metodi. 20 soggetti (età media = 84,1 ± 7,9), in maggioranza di sesso femminile (82,9%), con una durata media della demenza di 7,7 ± 3,5 anni residenti in una RSA sono stati valutati per rilevare la presenza di disturbi dell'alimentazione utilizzando uno specifico questionario. In tutti i soggetti è stato effettuato un assessment geriatrico completo che includeva: funzioni cognitive (MMSE), severità della demenza (CDR), stato funzionale (BANS-s), patologie somatiche (Charlson Index) e stato nutrizionale. I soggetti risultavano severamente compromessi per ciò che riguarda le funzioni cognitive e lo stato funzionale (MMSE = 5,3 ± 6,2; CDR = 3,1 ± 1,0; BANS = 16,3 ± 4,8) e leggermente malnutriti (BMI = 21,8 ± 4,6). Tutti i soggetti si alimentavano da soli o con aiuto e consumavano cibi naturali all'inizio del periodo di osservazione. I disturbi dell'alimentazione risultavano molto comuni (n = 87; 68,0%) e comprendevano 3 diversi comportamenti: 1) soggetti che dovevano essere nutriti senza altro tipo di problema alimentare; 2) soggetti che rifiutavano il cibo sebbene in grado di deglutire; 3) soggetti che presentavano disfagia per i cibi liquidi o solidi. La mortalità è stata valutata a due anni.
Risultati. Il tasso di mortalità durante i due anni seguenti all'osservazione è risultato più elevato nei pazienti che presentavano difficoltà nell'alimentazione rispetto a coloro che non ne presentavano, indipendentemente dall'uso di nutrizione artificiale con sondino nasogastrico o con gastrostomia percutanea.
Conclusioni. I disturbi dell'alimentazione sono frequenti nei soggetti dementi; i dati suggeriscono che questi problemi hanno una influenza sulla mortalità e richiedono quindi una attenzione particolare da parte del geriatra. Gli interventi di nutrizione artificiale non sembrano influenzare la sopravvivenza di questi soggetti.

Effetto di cebrotile nelle sindromi dementigene in fase iniziale: uno studio pilota

A. Agostini[1], F. Mastroianni[2]

[1] Responsabile divisione scientifica – Difass; [2] Gerontologo e Geriatra

Introduzione. La terapia farmacologia delle sindromi cerebrali degenerative e vascolari, annovera farmaci anticolinesterasici, vasodilatatori cerebrali, vitamina E ed altri. L'introduzione sul mercato di un nuovo prodotto, CEBROTILE (1, 2, 3), potrebbe offrire nuove possibilità terapeuti-

che nel trattamento delle sindromi cerebrali con decadimento cognitivo in fase iniziale. Il Cebrotile contiene numerosi principi attivi: il *Ginkgo Biloba*, la *Vitis vinifera*, la *Camelia Sinensis*, la *L-Acetil-carnitina*, l'*Acido folico*, il *Magnesio* e la *Fosfatidil serina*. Ciascuno dei principi attivi svolge attività sul microcircolo, sulla trasmissione neurorecettoriale, sulla fluidità della membrana neuronale, sulla idroperossidazione e sui fattori di crescita cellulare. L'attività sinergica delle diverse sostanze presenti determina un effetto generale sulle funzioni cerebrovascolari.

Scopo. Abbiamo voluto valutare l'effetto della somministrazione di Cebrotile in soggetti affetti da decadimento cognitivo in fase iniziale e verificare la variazione del MMSE (Mini Mental State Examination) (4) e della CIBIC-Plus (Clinician's Interview Based Impression of Change Plus) dopo due mesi di trattamento.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 12 pazienti, 8 femmine e 4 maschi, età media di 76,5 anni, affetti da decadimento cognitivo in fase iniziale. I soggetti, tutti residenti al proprio domicilio, erano assistiti da un caregiver affidabile, in 9 casi si trattava delle figlie ed in 3 casi dal marito, in grado di seguire la compliance del farmaco e partecipare alla compilazione della Cibic-Plus. Il trattamento con Cebrotile è stato di un flacone per bocca al giorno a digiuno, per due mesi. I soggetti esaminati non assumevano altri farmaci attivi sul SNC (benzodiazepine, ipnoinducenti, ecc.), farmaci anticolinesterasici, integratori di vario genere. Le comorbilità presenti riguardavano 5 pz ed erano costituite da: ipertensione arteriosa (4pz), BPCO (1 pz), IPB (2 pz), ipotiroidismo (1 pz). Le patologie presenti erano tutte in trattamento farmacologico ed in buon compenso. Ai soggetti sono stati somministrati (5), al tempo della prima visita e dopo due mesi, il MMSE, le scale ADL (Activity of Daily Living), e IADL (Instrumental Activity of Daily Living), la CDR (Clinical Dementia Rating Scale) e la GDS (Geriatric Depression Scale), mentre al caregiver ed al paziente è stata somministrata la Cibic-Plus ad un mese e a due mesi dal trattamento.

Risultati. La Tabella I mostra i risultati dei test e delle scale ad un mese e a due mesi dal trattamento. La tabella II mostra l'andamento del punteggio alla Cibic-Plus.

Tab. I. - Caratteristiche del campione in studio

Età media		**M/F**	**scolarità**		
76.5 anni		4/8	7 anni		
MMSE	**ADL**	**IADL**	**CDR**	**GDS**	
Baseline	19.3	2 funz. perse	3 funz. perse	0.87	9.1
2° mese	19.7	2 funz. perse	3 funz. perse	0.87	9.7

Tab. II. - N° pz - CIBIC-PLUS

1° mese	6 - nessun cambiamento
	1 – migliorato
	5 – leggermente migliorato
2° mese	4 - nessun cambiamento
	2 – migliorato
	6 – leggermente migliorato

Conclusioni. I dati dimostrano che il CEBROTILE è in grado di stabilizzare il punteggio del MMSE in soggetti affetti da deficit cognitivi in fase iniziale. Gli effetti del farmaco sono evidenziabili anche dalla Cibic-plus, somministrata prima al caregiver e poi al paziente, ad un mese e a due mesi, dimostrando un qualche miglioramento nel 50% dei soggetti al primo mese, e nel 66.6% al secondo mese. Nessun effetto, peraltro atteso, su ADL, IADL, CDR, mentre la GDS non evidenziava depressione all'inizio, è tale si è mantenuta alla fine dello studio. I dati, seppure con la esiguità del campione studiato e con la brevità di trattamento, caratteristiche dello studio pilota, dimostrano una certa efficacia del trattamento in assenza di effetti collaterali e ci spingono a proseguire lo studio su un campione più ampio e per periodi più lunghi, al fine di aggiungere un'altra possibilità terapeutica, da poter utilizzare anche in associazione, al panorama farmacologico per il trattamento delle sindromi dementigene.

Bibliografia

1. WHO monographs on selected medicinal plants, Vol. 1, World Health Organization, 1999.
2. Firenzuoli F. Fitoterapia, guida all'uso clinico delle piante medicinali. 3° edizione. Masson: 2002; pp. 342-343.
3. PDR, Nutritional Supplements, Edizioni CEC, 2003.
4. Folstein MF, Folstein SE, et al. Mini mental state. A practical method for grading the cognitive state for the clinicians. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
5. Tierney MC et al. The NINCDS-ADRDA Work Group criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease: A clinico-pathologic study of 57 cases. Neurology 1988;38:359.

Depressione e rischio di istituzionalizzazione tra anziani in assistenza domiciliare in europa: risultati dello studio AD-HOC

M. Antocicco, P.E. Danese, G. Onder, F. Landi, R. Bernabei

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivo. Valutare se, in un gruppo di adulti anziani che ricevono assistenza domiciliare in Europa, la depressione era associata ad un maggior rischio di istituzionalizzazione.

Metodi. È stata condotta un'analisi longitudinale usando dati della banca dati AgeD in the Home Care (AD-HOC), che raccoglie informazioni su anziani in assistenza domiciliare in 11 paesi europei. I partecipanti erano considerati depressi se riportavano un punteggio ≥ 3 alla Depression Rating Scale.

Risultati. L'età media dei 2718 adulti anziani inclusi nello studio era di 82,4 anni (Deviazione Standard 7.3), 2047 (75,3%) erano donne e 331 (12,2%) erano depressi. In totale, sono stati istituzionalizzati 49/331 partecipanti tra i depressi (14,8%) e 252/2387 tra i non depressi (p = 0.02). Dopo avere corretto l'analisi per potenziali fattori confondenti, il rischio di istituzionalizzazione è risultato signifi-

cativamente più alto per i partecipanti depressi (rapporto di rischio 1.43, 95% CI: 1.02 - 2.02). Inoltre, il rischio di istituzionalizzazione aumentava in modo progressivo e significativo all'aumentare della severità della depressione.
Conclusioni. Tra gli anziani in assistenza domiciliare, la depressione è associata ad un rischio aumentato di istituzionalizzazione. Questo rischio aumenta con la gravità della depressione.

Studio internazionale di validazione della scala del dolore Doloplus-2 per dementi non verbalizzanti

S. Aquila, C. Palmacci, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. Il dolore persistente costituisce un problema molto comune nelle lungodegenze, riguardando fino all'80% dei residenti. Sempre maggiori evidenze mostrano che nei pazienti anziani affetti da demenza il dolore viene generalmente sottotrattato rispetto a pazienti senza disturbi cognitivi. Il gold standard nella valutazione del dolore è generalmente riconosciuto nel self-report, ma le abilità di comunicazione verbale sono spesso parzialmente o totalmente compromesse nei pazienti con demenza di grado severo-moderato (2). I metodi non-verbali di valutazione del dolore forniscono strategie alternative e potrebbero costituire il gold standard nei casi di demenza di grado severo-moderato. Il presente studio è stato condotto per testare la validità della scala Doloplus-2 in sei lingue (inglese, olandese, italiano, spagnolo, portoghese, tedesco).
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto in Italia, Spagna, Portogallo, Olanda, Germania ed Australia affetti da disordini di comunicazione e demenza con un punteggio di MMSE inferiore a dieci. Dodici team (due per ogni lingua) di medici selezionati hanno testato la scala nella loro lingua nativa su 50 pazienti anziani. La scala è stata somministrata due volte dallo stesso medico a distanza di quattro ore (test-retest) e successivamente da un secondo medico (inter-rater). Sono stati esclusi dallo studio pazienti in stato di agitazione psico-motoria, quelli con dolore acuto che richiedeva una gestione immediata del dolore e coloro la cui terapia farmacologia antalgica aveva subito modifiche tra le due valutazioni o tra le valutazioni dei due medici. La test-retest reliability è stata valutata confrontando i dati ottenuti dalle valutazioni a t0 e t4; la inter-rater reliability comparando i dati ottenuti dalle valutazioni effettuate dai due medici.
Risultati. La popolazione così arruolata era costituita da 496 pazienti, di età media pari a 82 anni, l'85% dei quali ricoverati presso lungodegenze, con un punteggio di MMSE in media pari a 7. Il 70% era di sesso femminile, e la maggioranza delle pazienti in studio erano vedove. Applicando la scala di valutazione Doloplus-2, è stato ottenuto a t0 un punteggio medio pari a 8,75. Questo suggerisce la presenza di dolore in quanto il cut-off della scala Doloplus-2 è settato a 5. I valori ottenuti nelle successive valutazioni erano pressoché sovrapponibili (Inter-rater: 8.89; Test-retest: 8,54). I risultati del nostro studio mostrano che la scala sembra offrire valide informazioni nelle versioni inglese, italiana, portoghese, tedesca e spagnola, ma meno nella versione olandese.
Conclusione. I nostri dati evidenziano come il dolore sia comune nella popolazione anziana istituzionalizzata con disordini di comunicazione e demenza di grado moderato-severo. La scala Doloplus-2 in diverse lingue risulta valida ed utilizzabile nel diagnosticare il dolore in questa popolazione. Vi è necessità di studi di validazione su larga scala e di intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. J Am Geriatr Soc 1998;4:1079-85.
2. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. J Pain Symptom Manage 2006;31:170-92.

Progetto Virgilio: dimissioni accompagnate

G. Ardoino, S. Bertoglio, M. Bassotto, S. Rossi Borghesano, M. Sancini, M. Leondi, S. Groppi

RSA Santa Giulia e Santa Chiara - Gruppo Segesta Milano

Scopo. Il progetto Virgilio nasce dall'esigenza di dare continuità al progetto di cura per e con l'ospite e la sua famiglia. Famiglia intesa come nucleo che si fonda su legami affettivi, non necessariamente di parentela.
Molte sono le informazioni che l'equipe socio-assistenziale e sanitaria possiede e può fornire alla famiglia e ai servizi territoriali. Informazioni legate al piano di cura, ma anche notizie e dati utili ad orientare e rendere più morbido il ritorno a casa.
La finalità di questo progetto è quella di pensare un percorso fluido che permetta di costruire la continuità della cura dall'ingresso dell'ospite alla sua dimissione: una dimissione accompagnata.
Il nome Virgilio è stato pensato appunto per il ruolo di guida e di compagno di viaggio che Virgilio è stato per Dante nella Divina Commedia.
La scelta di un ricovero in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), più matura e consapevole, parte sempre più di frequente, negli ultimi tempi, da progetti che ha carattere di temporaneità. Progetti di breve o media durata, che nascono da bisogni e necessità differenti; ciò che li accomuna è l'obiettivo del ritorno al domicilio o il trasferimento a strutture a fini specifici.
Le RSA Santa Giulia e Santa Chiara hanno lavorato molto sul momento dell'accoglienza, dell'inserimento e della permanenza dell'ospite.
Fino a poco tempo questo percorso terminava con la morte dell'ospite in RSA.
Ora qualsiasi ricovero in residenza può assumere carattere di temporaneità anche se concepito come definitivo in origine.
Diversi e molteplici sono gli obiettivi del progetto.
Alcuni sono molto pratici ed operativi. Altri presuppongono un cambiamento importante nell'ottica del prendersi

cura: ad esempio la condivisione con la famiglia di conoscenze, pratiche e strumenti generalmente ad appannaggio dell'operatore è utile a garantire un'assistenza adeguata al domicilio.
Di seguito vengono delineati i principali obiettivi:
- Incrementare passaggio di conoscenze e competenze da "tecnico" a familiare, relative alle abitudini dell'ospite (alimentari, regolarità alvo, diuresi, etc), umore e comportamento, diagnosi e problemi medici aperti per migliorare collaborazione con MMG, terapia farmacologica in atto, mobilizzazione e posturizzazione, procedure per alimentazione e idratazione, igiene, bagno, vestizione, cura disturbi urinari e intestinali, prevenzione lesioni da decubito; procedure per somministrare farmaci e per effettuare medicazioni semplici; presidi igienici per la cura (pannolone, presidi monouso per l'igiene) e ausili per le mobilizzazione necessari;
- Snellire i tempi e semplificare le modalità di passaggio informazioni operatore - famiglia Semplificare alcuni aspetti burocratici, quali ad esempio quella relativa al cambio del medico;
- Organizzare il trasporto verso casa o verso alla struttura;
- Incrementare le informazioni che la famiglia possiede sui servizi territoriali

Materiali e metodi. Il Progetto è ancora al momento di avvio. Incontri che coinvolgano le diverse figure professionali saranno finalizzati alla stesura di protocolli e procedure e alla ideazione di moduli volti a: incrementare passaggio di conoscenze e competenze da "tecnico" a familiare, relative alle abitudini dell'ospite (alimentari, regolarità alvo, diuresi, etc), umore e comportamento, diagnosi e problemi medici aperti per migliorare collaborazione con MMG, terapia farmacologica in atto, mobilizzazione e posturizzazione, procedure per alimentazione e idratazione, igiene, bagno, vestizione, cura disturbi urinari e intestinali, prevenzione lesioni da decubito, procedure per somministrare farmaci e per effettuare medicazioni semplici; presidi igienici per la cura (pannolone, presidi monouso per l'igiene) e ausili per le mobilizzazione necessari; snellire i tempi e semplificare le modalità di passaggio informazioni operatore - famiglia; semplificare alcuni aspetti burocratici, quali ad esempio quella relativa al cambio del medico; organizzare il trasporto verso casa o verso alla struttura; incrementare le informazioni che la famiglia possiede sui servizi territoriali.
Risultati. Non è ancora possibile indicare risultati precisi. Ci si aspetta di raggiungere gli obiettivi prefissati, dando quindi corpo alla continuità del processo del prendersi cura.
Conclusione. L'RSA non deve essere più pensata come un percorso a senso unico obbligato. I progressi che un'ospite ottiene, nel corso della degenza, grazie alle cure rese dall'equipe socio-assistenziale e sanitaria, possono permettere un ritorno al domicilio, talvolta con un grado di disabilità residuo ma compatibile con la vita quotidiana. L'RSA diventa, quindi, una tappa del percorso e gli operatori dell'equipe interdisciplinare una guida ed un orientamento.

Scontri automobilistici nei pazienti con disturbi cognitivi: quali soluzioni?

C. Arizzi, L. Sutera, G. Fazio, V. Brucato, G. Marchese, V. Picciolo, M.T. Giambartino, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Centro UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) n°6. Cattedra ed U.O. di Geriatria, Università di Palermo

Introduzione. Secondo dati americani con l'età aumenta il numero degli scontri automobilistici, questo è attribuito alla riduzione delle capacità di guida e alla presenza di condizioni patologiche come la demenza.
Materiali e metodi. Abbiamo svolto uno studio osservazionale su un campione di pazienti con uguali caratteristiche (sesso,età e MMSE), afferiti per la prima volta in ambulatorio, per disturbi cognitivi. Tutti i pazienti inclusi sono stati sottoposti ad un test riguardante la guida dell'automobile e l'ncidenza di scontri automobilistici.
Risultati. Complessivamente sono stati reclutati 50 pazienti, con età media di 72 ± 2,3anni e tutti di sesso maschile. Sono state eseguite le scale di valutazione funzionale e cognitiva: La media delle ADL di tutti i pazienti era di 5/6 ± 2DS; La media delle IADL 4,3/5 ± 1,3DS; MMSE era 24,3 ± 1,6DS e GDS era 8 ± 1,2DS. 10(20%) soggetti guidavano l'automobile, 36 (72%) non guidavano più e 4 (8%) non avevano ottenuto il rinnovo della patente. Dei 10 soggetti automobilisti ancora attivi, 5 avevano avuto uno scontro in tutti causato dal paziente stesso.
Discussione e conclusioni. Il medico geriatra che visita un paziente con varie forme di demenza dovrebbe tenere presente che le capacità di guida del soggetto stesso sono ridotte e sentirsi responsabile nei confronti della prevenzione degli incidenti stradali.

BIBLIOGRAFIA

Carr DB, Duchek J, Morris JC. Characteristics of Motor Vehicle Crashes of Drivers with Dementia of the Alzheimer Type. J. American Geriatric Soc 2000;48:18-22.

Cable G, Reisner M, Gerges S, et al. Knowledge, Attitudes and Practices of Geriatricians Regarding Patients with Dementia Who are potentially dangerous Automobile Drivers: a National Survey. J American Ger Soc 2000;48:14-7.

Lesioni carotidee asintomatiche in anziani sani. Identificazione di un profilo di suscettibilità genetica

B. Arosio[1], E. Segato[1], C. Calabresi[1], C. Viazzoli[1], S. Paladini[1], F. Annoni[2], G. Annoni[3], C. Vergani[1]

Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Milano, U.O. Geriatria, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; [2]Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; [3]DIMEP, Università Milano-Bicocca, Milano

Scopo. Il processo infiammatorio svolge un ruolo significativo nella comparsa e nelle manifestazioni cliniche dell'aterosclerosi (1).
Il ruolo dei marcatori pro-infiammatori è stato caratterizzato in corso di coronaropatia mentre ancora pochi studi hanno considerato il loro coinvolgimento nelle prime fasi

e nello sviluppo delle lesioni carotidee asintomatiche che, per altro, si possono considerare indicatori precoci dell'aterosclerosi sistemica (2).
Scopo di questo studio è quello di valutare la presenza di marcatori biochimici infiammatori in soggetti anziani sani portatori di placca carotidea asintomatica (PCA).
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 72 soggetti (44 donne e 28 uomini) di età compresa fra 65 e 84 anni. I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi sulla base dei fattori di rischio cardiovascolare secondo il NCEP Adult Panel III Report (rischio a 10 anni G0: 0-9%, G1: 10-20% e G2 >20%).
I soggetti sono stati sottoposti ad eco color doppler delle arterie carotidi (Acuson Aspen).
Sono stati valutati i polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) presenti nei geni dell'interferone gamma (IFN-gamma: +874), interleuchina 10 (IL-10: -1082) ed interleuchina 6 (IL-6: -174).
Risultati. In 19 soggetti è stata riscontrata la presenza di PCA. Di essi il 63.2% appartenevano ai gruppi G0 e G1.
Questi soggetti, paragonati a quelli che non presentavano lesioni carotidee, mostravano una differente distribuzione genotipica dei SNPs presenti nel gene di IFN-gamma, IL-10 ed IL-6.
Il genotipo TT di IFN-gamma e GG di IL-6, correlati all'alta produzione di queste citochine, erano più frequenti nel gruppo con PCA ($p = 0.000$ per IFN-γ e $p = 0.021$ per IL-6).
Nello stesso gruppo è stata inoltre evidenziata una maggior frequenza del genotipo AA di IL-10 associato alla bassa produzione di tale citochina ($p = 0.049$).
Non è stata osservata alcuna correlazione con l'ispessimento dell'intima-media.
Conclusioni. I nostri risultati indicano la presenza di PCA anche nei soggetti anziani in assenza dei fattori di rischio cardiovascolare noti.
Inoltre nei soggetti con PCA sono presenti polimorfismi associati alla produzione di citochine che favoriscono il processo infiammatorio.

Bibliografia

1. Ross R. Atherosclerosis-an inflammatory disease. New Engl J Med 1999;340:115-26.
2. Milio G, Corrado E, Sorrentino D, Muratori I, La Carruba S, Mazzola G, et al. Asymptomatic carotid lesions and aging: Role of hypertension and other traditional and emerging risk factors. Arch Med Res 2006;37:342-7.

Relazione tra livelli di ormoni anabolici e mortalità a sei anni nella popolazione anziana di sesso maschile dello studio inCHIANTI

A. Artoni[1], G.P. Ceda[1], F. Lauretani[2], L. Carassale[1], A.G. Cazzato[1], S. Bandinelli[3], G. Ceresini[1], JM. Guralnik[4], G. Valenti[1], L. Ferrucci[5], M. Maggio[1]

[1]Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [2]Agenzia Regionale della Sanità, Firenze; [3]A.S.F. Unità di Geriatria, Firenze; [4]Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda, MD, USA; [5]Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA

L'invecchiamento nel soggetto di sesso maschile è caratterizzato da un progressivo declino degli ormoni anabolici come testosterone, insulin like growth factor-1 (IGF-1) e deidroepiandrosterone solfato (DHEAS). La riduzione dei livelli di ormoni anabolici potrebbe facilitare l'insorgenza di uno stato metabolico sfavorevole e di un numero di condizioni patologiche in grado di aumentare la mortalità. Tuttavia non è nota in letteratura l'esistenza di una relazione tra la contemporanea presenza di bassi livelli di ormoni anabolici e mortalità nei soggetti anziani di sesso maschile.
Scopo. L'ipotesi del nostro studio è stato quello di verificare se in soggetti anziani di sesso maschile una parallela riduzione di testosterone biodisponibile, IGF-1 e DHEAS si associa ad una più elevata mortalità indipendentemente da potenziali *confounders*.
Materiali e metodi. Sono stati valutati i livelli di testosterone, IGF-1 e DHEAS assieme alle caratteristiche demografiche della popolazione in un campione rappresentativo di 410 uomini di età superiore a 65 anni arruolati nello studio InCHIANTI; tra questi 126 uomini sono deceduti in 6 anni di follow-up. Il testosterone biodisponibile è stato calcolato attraverso la formula di Vermeulen. Sono stati utilizzati i seguenti *thresholds* per definire i più bassi quartili di ormoni: 70 ng/dl per il testosterone biodisponibile, 63.9 ng/ml per l'IGF-1 totale e 50 ug/dl per il DHEAS. Gli uomini sono stati suddivisi in 4 gruppi: nessun ormone nel quartile più basso ed uno, due e tre ormoni in nei quartili più bassi. Per l'analisi statististica sono stati utilizzati il modello di sopravvivenza Kaplan-Meier ed il Cox proportional aggiustati per *confounders*.
Risultati. L'hazard ratio (HR) (95% CI) per mortalità relativa ad un ormone nel quartile più basso rispetto a nessun ormone nel quartile più basso è stata di 1.48 (0.89-2.45) per il testosterone biodisponibile, 1.36 (0.78-2.38) per l' IGF-1, e 1.37 (0.84-2.37) per il DHEAS. In confronto a soggetti con tutti e tre gli ormoni non nel quartile più basso, avere uno, due e tre ormoni disregolati è risultato associato con un hazard ratio (HR) (95% CI) per mortalità di 1.47 (0.88-2.44), 1.85 (1.04-3.30), e 2.29 (1.12-4.68) (test for trend P=0.006). Nell'analisi aggiustata per tutti i confounders solo i soggetti con 3 ormoni anabolici disregolati hanno presentato un significativo incremento della mortalità, HR 2.437 (1.09-5.46) (P for trend <0.001).
Conclusioni. L'associato declino età correlato degli ormoni anabolici è un forte fattore predittivo di mortalità nei soggetti anziani maschi. I nostri dati suggeriscono inoltre che deficit ormonali multipli piuttosto che un singolo deficit ormonale sono fattori fortemente caratterizzanti lo stato di salute in questa fascia di età.

Accettabilità della prova spirometrica in pazienti anziani: ruolo delle funzioni esecutive

I. Badini[1 2], P. Ranieri[1 2], A. Bianchetti[1 2], A. Margiotta[1 2], E. Talassi[2], C. Espinoza[1 2], Marco Trabucchi[2]

[1]Unità Operativa Medicina, Istituto Clinico S. Anna, Brescia; [2]Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Background. La valutazione funzionale polmonare costituisce una componente essenziale del corretto approccio diagnostico alla BPCO.
Obiettivi dello studio. Analizzare le caratteristiche dei pazienti anziani afferenti ad un ambulatorio di pneumologia ed esplorare nei pazienti cognitivamente integri i fattori correlati all'esecuzione di una spirometria accettabile, con particolare riguardo alle funzioni esecutive.
Metodi. È stata valutata l'attività svolta dall'ambulatorio di pneumologia relativa all'esecuzione delle prove spirometriche durante un periodo di 5 mesi. I pazienti sono stati sottoposti a prova spirometrica (curva flusso-volume secondo il protocollo standard di almeno una curva accettabile e due riproducibili, secondo i criteri ATS) ed a valutazione cognitiva mediante Mini Mental State Examination. I pazienti ultrasessantacinquenni e con MMSE > 24/30 sono stati quindi sottoposti ad un protocollo di valutazione comprendente: dati sociali e clinici, saturazione arteriosa in aria ambiente al pulsossimetro, stato nutrizionale (Body Mass Index), stato affettivo (Geriatric Depression Scale), stato funzionale (funzioni perse nelle IADL e Barthel index), comorbilità (Charlson index) e valutazione delle funzioni esecutive (trail-making A e B, test dell'orologio, digit symbol, digit span, Babcock).
Risultati. Nel periodo considerato sono stati valutati in ambulatorio 208 pazienti. Il 66% ha un'età superiore a 65 anni. Di questi, 10 pazienti (pz) (8%) sono affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigeno-terapia domiciliare, 27 pz (20%) hanno un MMSE < 24/30 e 24 pz (19%) si sono rifiutati di sottoporsi alla valutazione neuropsicologica. La tabella mostra il confronto tra le caratteristiche della popolazione di studio suddividendo i pazienti in base alla capacità di eseguire una prova spirometria non-accettabile (A) ed accettabile (B).
Conclusioni. I dati mostrano che la popolazione afferente ad un ambulatorio di pneumologia è prevalentemente geriatrica. I fattori correlati all'esecuzione di una prova spirometria non accettabile sono: l'età, la scolarità, le funzioni cognitive globali ed il numero di prove a cui il paziente viene sottoposto. L'incapacità ad effettuare una spirometria accettabile non è correlata ad un deficit delle funzioni esecutive. I dati suggeriscono che è indispensabile formare in maniera adeguata e specifica il personale che opera in questo tipo di ambulatori.

	A (n: 19)	B (n: 54)	p*
Età (anni)	77.5 ± 4.5	74.2 ± 6.2	.038
Scolarità (anni)	7.5 ± 4.4	5.8 ± 2.1	.054
MMSE (Mini Mental State Examination)	26.5 ± 1.5	27.6 ± 2.0	.042
GDS (Geriatric Depression Scale)	4.1 ± 3.2	3.7 ± 2.7	N.S.
IADL (funzioni perse)	1.0 ± 2.1	1.0 ± 2.2	N.S.
Barthel Index	92.0 ± 19.5	97.1 ± 8.5	N.S.
Body Mass Index	28.4 ± 5.6	30.9 ± 5.5	N.S.
Charlson index	2.1 ± 1.3	91.8 ± 1.7	N.S.
Saturazione arteriosa in aria ambiente	94.5 ± 6.8	95.3 ± 4.5	N.S.
FEV1 (% del predetto)	93.5 ± 26.1	90.6 ± 23.0	N.S.
Tiffenau (FEV1/FVC)	71.9 ± 68.5	68.5 ± 9.9	N.S.
Numero di prove totali	8.5 ± 6.2	6.2 ± 2.4	.006
TMTA (sec)	104.9 ± 78.8	78.6 ± 34.3	.097
TMTB (sec)	213.5 ± 119	160.0 ± 67	N.S.
Clock drawing	2.5 ± 1.1	2.3 ± 1.1	N.S.
Digit span	-1.2 ± 0.7	-1.0 ± 0.6	N.S.
Span in avanti	4.7 ± 1.0	4.7 ± 0.9	N.S.
Span indietro	3.1 ± 1.1	2.8 ± 0.9	N.S.
Babckok	-0.7 ± 1.3	-0.6 ± 1.2	N.S.

p* T-Test per variabili indipendenti fra A e B

Quanto pesa l'instabilità clinica nell'anziano fragile in RSA?

R. Bagarolo[1], F. Bellocchi[2], I. Evangelo[3]

[1] Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano; [2] Istituto Geriatrico Milanese; [3] Opera Pastor Angelicus

Scopo. Le RSA in Lombardia accolgono e curano anziani fragili in condizioni cliniche sempre più critiche, dove la complessità clinica è una delle componenti della fragilità (1). La media di permanenza degli ospiti in RSA è di 2,7 anni (anno 2005) e l'elevato turn over dei posti letto (40%) è causato prevalentemente dalla mortalità, ciò ad indicare che gli anziani giungono in RSA dal domicilio o dall'ospedale in condizioni di sempre maggior gravità e instabilità clinica.
Il sistema SOSIA utilizzato in Lombardia per la valutazione della fragilità e gravità dell'ospite in RSA, utilizza per la misura della complessità clinico-assistenziale indicatori di

Campione	Casi	Minimo	Massimo	Media	Deviazione St.
Età	544	52	107	85,04	8,5
Classe SOSIA	544	1	8	3,5	2,3
Indice di Comorbilità	544	0	10	5,3	2,04
Indice di Barthel	541	0	100	32,62	29,9
Albuminemia g/dl	538	1,3	4,7	3,2	0,53
N eventi avversi - ACEs	543	0	5	2,08	1,430

disabilità (ADL), deficit cognitivo e grado di comorbosità (2); l'instabilità clinica non viene rilevata, forse perché considerato un problema marginale da non gestire in RSA in termini di presenza e competenza medico-infermieristica. Lo studio ha voluto indagare presso tre RSA della ASL Città di Milano, l'incidenza dell'instabilità clinica e il suo rapporto con gli indicatori di fragilità ed esito.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo di 3 mesi dal 1 gennaio al 31 marzo 2006, sono stati analizzati complessivamente 544 fascicoli sanitari (cartella clinica e infermieristica) degli ospiti, di cui 226 (41,5%) dell'Istituto Don Orione (IDO), 174 (32%) dell'Istituto Geriatrico Milanese (IGM), 144 (26,5%) dell'Opera Pastor Angelicus (OPA). Sono stati rilevati gli eventi clinici avversi (ACEs) come misura di instabilità clinica (3), raccolti i dati relativi alla classe SOSIA e altri indicatori clinici di fragilità: albuminemia, decubiti, eventi sentinella (cadute, contenzione, CVP) e misure di disabilità tramite l'indice di Barthel.

Risultati. L'analisi statistica dei dati ha evidenziato che la classe SOSIA correla direttamente con gli altri indicatori di fragilità come l'età, l'albumina, l'indice di Barthel, ma non correla con la presenza di eventi clinici avversi quando presi nel globale, e dimostra correlazione solo se gli ACEs sono scorporati per gravità. Gli ACEs hanno interessato più frequentemente l'apparato respiratorio con 236 ACEs (20,8%), l'apparato gastrointestinale con 200 ACEs (17,6%) e l'apparato cardiovascolare con 148 ACEs (13%), 124 ACEs (10,9%) hanno riguardato l'ambito psichiatrico, solo 69 ospiti non hanno avuto ACEs (12,7%). I dati sono stati quindi analizzati per ingresso, decesso e presenza in struttura. Nei tre mesi si sono avuti 48 decessi ed 80 nuovi ingressi. La mortalità è stata significativamente diversa tra le strutture e ne vengono riportati i tassi standardizzati per 10000 giornate/degenza: IDO 14 decessi con tasso 6,3; IGM 17 decessi con tasso 12,6; OPA 17 decessi con tasso 12,6. La media della classe SOSIA degli ospiti deceduti risulta significativamente inferiore (2,9) rispetto a quella degli ospiti che sono entrati in struttura nello stesso periodo (3,4) e degli ospiti già presenti (3,7). L'indice di Barthel (16,48) e l'albuminemia (2,83) dei deceduti sono risultati significativamente inferiori per gli ospiti deceduti, rispetto a quelli presenti (IB 34,28 e Alb.3,37) o entrati (IB 33,73 e Alb.3,04). Il numero di ACEs più gravi è risultato significativamente maggiore per gli ospiti deceduti (1,04) rispetto a quelli presenti (0,28) o entrati (0,35), anche l'indice di comorbilità risulta essere significativamente maggiore negli ospiti che sono deceduti (6,7) rispetto a quelli presenti (5,06) o ai nuovi ingressi (5,98).

Conclusione. Lo studio ha messo in evidenza come le persone accolte in RSA siano particolarmente fragili e con elevati bisogni di intervento assistenziale e sanitario. La fragilità e l'instabilità clinica nei nostri ospiti possono essere fattori indipendenti che si correlano nella gravità solo nella fase terminale della vita. Il sistema di valutazione della fragilità SOSIA rileva la complessità ma non l'instabilità clinico-assistenziale, in tal modo non premia la gestione degli eventi clinici avversi più gravi in Struttura.

Bibliografia

1. Giunco F. Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia. I luoghi della cura Anno IV-N.1-2006: 7-14.
2. Famiglia e Solidarietà Sociale – REGIONE LOMBARDIA: "Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza" Sosia. Manuale Tecnico, Giugno 2003.
3. Bernardini B, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiorni N, Fabbrini S, Gilardi C, et al. Adverse Clinical Events in Dependent Long Term Nursing Home Residents. JAGS .

Fattori che influenzano la durata della degenza di anziani con esiti di frattura del collo del femore. Studio retrospettivo su cinque anni di attività di riabilitazione geriatrica

R. Bagnoli[1], A. Bracchi[1], V. Giacomel[1], A. Maestri[1], C. Bolis[2], P. Bernocchi[1], P. Esposito[3], E. Cunietti[1]

[1] U.O. Riabilitazione Generale e Geriatrica; [2] U.O. Riabilitazione Specialistica 2; [3] Ufficio Qualità.

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi. Presidio Ospedaliero di S. Angelo L. Lodi

Introduzione. La Regione Lombardia ha recentemente (2004) identificato un'area che ha definito di "Riabilitazione Generale e Geriatrica" (RGG) in cui confluiscono tutti gli anziani con residue perdite funzionali e/o instabilità clinica, dopo una degenza in U.O. per acuti, da correggere prima del rientro al domicilio. La contrazione delle degenze imposta dai DRG ed il progressivo aumento della popolazione anziana hanno convogliato sulle riabilitazioni, in particolare sulla RGG, quote crescenti di pazienti anziani fragili, dipendenti, con un'elevata instabilità clinica e una pesante comorbilità. Di conseguenza anche in RGG la durata della degenza è diventata un elemento critico per garantire una risposta adeguata alla domanda dei reparti per acuti.

Scopo dello studio. In una casistica di anziani operati per frattura del collo del femore, abbiamo analizzato l'evoluzione della durata della degenza (LOS) intervenuta nel corso di cinque anni. Abbiamo correlato le variazioni osservate alle caratteristiche cliniche e funzionali dei pazienti al momento del ricovero in RGG per individuare quali fossero i fattori che maggiormente hanno influenzato la LOS riabilitativa.
Materiali e metodi. Sono stati considerati tutti i pazienti con età ≥ 65 anni, dimessi consecutivamente dalla nostra U.O. dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2006 con diagnosi di esiti di frattura del collo del femore trattata chirurgicamente. All'ingresso abbiamo misurato l'autonomia funzionale (Indice di Barthel; IB), le funzioni cognitive (SPMSQ), la comorbilità (CIRScom e CIRSsev), la presenza di decubiti, la concentrazione di albumina (Alb.) e di emoglobina (Hb); per ogni paziente è stata registrata l'insorgenza di infezioni intercorrenti e l'esito della degenza.
Risultati. I pazienti valutati sono 387; età mediana 82 anni (range 65-100); di cui 311 (80.4%) donne e 76 (19.6%) uomini. Nei 5 anni, LOS è progressivamente aumentata da 28.5 ± 11.8 gg nel 2002 a 40.7 ± 18.3 gg nel 2006 (+43%); IB all'ingresso è aumentato del 48% (18.1 ± 17.2 nel 2002; 26.8 ± 18.0 nel 2006). Il punteggio CIRScom è aumentato da 2.4 ± 1.1 nel 2002 a 4.0 ± 1.2 nel 2006 (+81.8%); Alb. all'ingresso si è ridotta da 30.2 ± 4.0 g/L nel 2003 a 29.0 ± 4.7 g/L nel 2006. L'età media, SPMSQ, Hb, tasso di decubiti e di decessi sono rimasti stabili;. il tasso di dimissioni per il domicilio è aumentato dal 61.5% nel 2002 all'87.8% nel 2006. LOS non è risultata correlata con: età, SPMSQ e Hb all'ingresso. Un correlazione diretta è emersa con CIRScom. ($r = 0.21$; $p < 0.01$) e con i decubiti ($r = 0.23$; $p < 0.01$) ed indiretta con il punteggio IB iniziale ($r = -0.11$; $p < 0.05$) e con Alb. ($r = -0.17$; $p < 0.01$). I pazienti clinicamente complessi (CIRS ≥ 3) (65%) hanno LOS significativamente più lunga ($p < 0.01$), livelli di Alb. più bassi ($p < 0.01$) ed un OR di 5 volte di morire durante la degenza. I pazienti con dipendenza funzionale grave (DFG: IB < 50) (91%) hanno LOS più lunga di circa 9 gg ($p < 0.01$), Alb più bassa ($p < 0.01$) e un rischio doppio di infezione intercorrente. I pazienti malnutriti (Alb < 3.5 g/L) (86%) hanno una LOS più lunga di 6 gg ($p < 0.01$), un IB iniziale minore ($p < 0.01$), Hb più bassa ($p < 0.01$) ed un rischio doppio di sviluppare infezioni. I pazienti con decubiti (39%) hanno un IB iniziale minore ($p < 0.05$) un rischio circa 3 volte maggiore di infezioni, Alb. più bassa ($p < 0.01$) ed un rischio doppio di morte. Nei cinque anni il numero di letti dell'U.O. è passato da 27 a 44 (+63%) mentre; le ore medico sono passate da 1,2 h/pz/gg a 0,6 h/pz/gg e le ore di fisioterapia da 0,5 h/pz/gg a 0,3 h/pz/gg. Oltre al peggioramento delle condizioni di fragilità dei pazienti ricoverati anche la disponibilità di risorse umane ha influito pesantemente sulla durata degli interventi di stabilizzazione clinica e di riabilitazione e, in ultima analisi sulla durata, della degenza.

Bibliografia

1. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MG, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I Frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phy Med Rehabil 2003;84:890-7.
2. Elphick HL, Mankad K, Madan S, Parker C. The determinants of successful in-hospital rehabilitation in people aged 90 years and older. Gerontology 2007;53:116-20.
3. Bertozzi B, Barbisoni P, Franzoni S, Rozzini R, Frisoni GB, Trabucchi M. Factors related to length of stay in a geriatric evaluation and rehabilitation unit. Aging Clin Exp Res 1996;8:170-5.

La deplezione di glutatione indotta da diabete è dipendente dallo stress ossidativo?

E. Balbis, A.L. Furfaro, S. Patriarca, S. Millanta, U.M. Marinari, M.A. Pronzato, D. Cottalasso, N. Traverso
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Patologia Generale, Università di Genova, Genova, Italia

Scopo della ricerca. Il contenuto di glutatione (GSH) è diminuito in vari tessuti negli organismi diabetici (1); molti autori attribuiscono tale diminuzione all'aumentato livello di stress ossidativo presente negli organismi diabetici; tuttavia, per lo più, non ne forniscono una chiara dimostrazione, non misurando, in particolare, il glutatione ossidato (GSSG) (2). Scopo di questo lavoro è approfondire le ragioni di tale deplezione di glutatione nel fegato di ratto diabetico.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati ratti resi diabetici con streptozotocina; i livelli di glutatione ridotto ed ossidato e di vari altri composti aminoacidici solforati (cisteina, cistina e cisteinil-glicina) coinvolti nel metabolismo del glutatione sono stati valutati in HPLC (3).
Risultati. Il GSH totale è risultato significativamente diminuito nel fegato dei ratti diabetici, ed il rapporto GSSG/GSH ha indicato un aumento dello stress ossidativo; tuttavia, il livello di GSSG non giustifica la deplezione di GSH per meccanismi ossidativi. Inoltre, nei ratti diabetici si è evidenziato un aumento di cisteina, cistina e cisteinil-glicina rispetto ai ratti controllo.
Conclusione. I risultati sembrano indicare che il diabete inibisca la sintesi di glutatione, inducendo accumulo di cisteina, e faciliti la degradazione peptidolitica del GSH catalizzata dalla gamma-glutamil-transferasi, portando ad accumulo di cisteinil-glicina; l'ossidazione non sembra invece essere coinvolta nella deplezione di GSH. Tuttavia, la carenza di GSH potrebbe partecipare all'induzione di stress ossidativo, con conseguente aumento del rapporto GSSG/GSH e della cistina. Sono in corso studi sull'espressione di geni coinvolti nel metabolismo del glutatione per avvalorare tale ipotesi.
Ricerca finanziata con fondi dell'Università di Genova (ex 60%) e MIUR PRIN #2004063943_001, #2004068552_002, e #2006065711_002.

Bibliografia

1. Mukherjee B, Mukherjee JR, Chatterjee M. Lipid peroxidation, glutathione levels and changes in glutathione-related enzyme activities in streptozotocin-induced diabetic rats. Immunol Cell Biol. 1994;72:109-14.
2. Chaudhry J, Ghosh NN, Roy K, Chandra R. Antihyperglycemic effect of a new thiazolidinedione analogue and

its role in ameliorating oxidative stress in alloxan-induced diabetic rats. Life Sci 2007;80:1135-42.
3. Fariss MW Reed, DJ. High-performance liquid chromatography of thiols and disulfides: dinitrophenol derivatives. Methods Enzymol 1987;143:101-9.

Caratteristiche di un gruppo di pazienti seguiti presso il centro esperto demenze del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna

F. Balestri, L. Ellena, A. Reggiani, G. Savorani

U.O. Geriatria, U.O.S. Psicogeriatria, Centro Esperto Demenze, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione. Dal 2000 è stato attivato il progetto regionale Demenze per l'uso e la sorveglianza degli anticolinesterasici. La rete dei Centri/Consultori regionali consta di 51 servizi, che sono diventati un punto di riferimento essenziale per tutta la popolazione al fine di migliorare diagnosi e trattamento delle demenze. Nel corso di questi anni, sono stati raccolti numerosi dati utili per la comprensione dell'evoluzione e per la gestione di questi pazienti, nonché per la formulazione di linee guida dedicate (come nel caso dell'AIP).
Scopo. Analisi delle caratteristiche cliniche dei pazienti afferenti al Centro Esperto demenze del Policlinico Ospedaliero-Universitario S. Orsola-Malpighi di Bologna durante il periodo maggio 2005- maggio 2007.
Materiale e metodi. Sono stati valutati 644 pazienti, visitati in regime ambulatoriale ogni 3-6 mesi, dei quali 425 donne (66%, con età media 79,89 ± 6,67), e 219 uomini (età media di 78,43 ± 6,67). Per la valutazione dei disturbi cognitivi è stato utilizzato come metodo di screening il MMSE, corretto per età e scolarità. Per ogni paziente è stata somministrata la GDS a 15 items (1). Nei casi in cui si è reso necessario un approfondimento diagnostico è stata effettuata la valutazione neuropsicologica di II livello.
Risultati. Dei 644 pazienti afferenti al centro esperto, 44 (6,8%) non presentavano disturbi neurocognitivi: in particolare in 36 pazienti è stata fatta diagnosi di depressione (5,6%) e in 13 pazienti i test neurocognitivi e affettivi risultavano nella norma, con il solo riscontro di lamentele soggettive. Nei 600 pazienti in cui è stata fatta diagnosi di disturbo cognitivo, si sono osservate le seguenti prevalenze: 42,7% demenza di Alzheimer, 18.6% demenza mista (neurodegenerativa con componente vascolare), 12.3% per MCI (Mild Cognitive Impairment) e 9,8% per la demenza vascolare. Meno frequenti altre forme: demenza fronto-temporale (2,8%); demenza a corpi di Lewy (1%); Parkinson demenza (0,6%). Da segnalare la presenza di pazienti con patologie psichiatriche croniche con successiva insorgenza di decadimento cognitivo (0,9%).
La percentuale, rispetto ai 600 con disturbi cognitivi, di pazienti in trattamento con anticolinesterasici è risultata del 53,2%. Dei 319 pazienti in terapia con Acheis, 167 (52,3%) assumono donepezil; 108 (33,9%) rivastigmina e 44 (13,8%) galantamina. In dettaglio, è stato rilevato come nei pazienti con diagnosi di AD 180 (64,9%) erano ammessi al trattamento con anticolinesterasici (di questi 26 con galantamina, 59 con rivastigmina e 94 con donepezil), dei pazienti con diagnosi di demenza mista 82 (67,8%) intraprendevano il trattamento, nei pazienti con VAD solo il 17,5% (11 pazienti), nei pazienti con MCI il 20%. Nei restanti casi le diagnosi dei pazienti in trattamento erano rappresentate da demenza a corpi di Lewy, demenza fronto-temporale, pazienti con disturbi psichiatrici con successivo decadimento cognitivo e cause rare di demenza.
I pazienti ammessi al trattamento con Acheis, alla prima valutazione ottenevano un valore medio di MMSE di 19,3; a distanza di 3-6 mesi, il punteggio medio era sceso a 18,8 (? -0,5).
Conclusioni. Le percentuali di categorie diagnostiche (2) e i tipi di farmaci utilizzati (3) sono risultate in linea con i dati nazionali. Anche per quanto riguarda la diagnosi di depressione (2) la percentuale stimata è conforme a questi dati. Da sottolineare la presenza (0,9% delle diagnosi di disturbi neurocognitivi) di pazienti psichiatrici cronici con successivo declino cognitivo. Anche se il numero di questi pazienti è esiguo, rappresentano una problematica aperta per la presenza di disturbi cognitivi e comportamentali fortemente stressanti e difficilmente gestibili.

BIBLIOGRAFIA

1. Folstein MF, Folstein SE, et al. Mini Mental State. J Psychiat Res 1975;12:189-98.
2. Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M. Mini Mental State Examination: a normative study in italian elderly population. European Journal of Neurology 1996;3:1-5.
3. Vanacore N et al. Progetto Cronos: i risultati dello studio osservazionale. AIFA, BIF XI, N 4-5, 2004.

Un caso più complesso del solito: un inconfessabile sospetto di lebbra

P. Ballarini

Lungodegenza Villa Immacolata S. Martino al Cimino (VT)

Porre una diagnosi eziologica riabilitativa unica in età geriatrica è spesso impossibile, perché la norma è la complessità, in cui varie condizioni concorrono a determinare un danno funzionale.
Nel settembre 2006 giungeva alla nostra osservazione un uomo di 75 anni affetto da impossibilità a deambulare e nevralgie diffuse in spondilosi cervico-lombare. Per questi sintomi aveva subito un lungo ricovero in ospedale durante il quale era stata posta diagnosi di scompenso cardiaco, di arteriopatia arti inferiori e polineuropatia sensitivomotoria arti superiori. In anamnesi cardiopatia congestizia in compenso labile, fibrillazione atriale, prostatectomia da K prostatico in trattamento farmacologico dopo terapia radiante, non metastasi, tireopatia iatrogena (amiodarone), pregresso episodio di H. Zoster. Obiettivamente il soggetto, in buone condizioni generali e di costituzione pletorica, non presentava deficit di forza focali, ma ipostenia generalizzata, riflessi presenti, ipoestesia a chiazza al piede sn e vasta ulcera cutanea al terzo stadio con fondo in parte deterso in parte fibrinoso alla faccia estensoria della gamba sx di circa cm14 x 16. Non discromie, cute per il resto trofica. La lesione, attribuita in ospedale ad origine vascolare, risultava anamnesticamente conseguenza di un trauma ba-

nale subito tre mesi prima. Il pz lamentava dolore agli arti inferiori, ma presentava anestesia nella regione ulcerata. Dopo un iniziale miglioramento della deambulazione con fisioterapia, senza soddisfacente controllo farmacologico del dolore, si aveva un progressivo peggioramento generale con VES circa 50, emocromo, CPK, mioglobina, ormoni tiroidei nella norma, non febbre. Di contro netta riduzione dell'estensione della lesione cutanea in trattamento con aminoacidi ed acido jaluronico. Improvvisamente compariva malessere con brividi e cianosi diffusa marezzata con parametri vitali nella norma. Dopo circa 30 minuti la cianosi scompariva e diventavano evidenti e violacee molte lesioni cutanee nodulari diffuse sulla faccia estensoria delle cosce e agli arti superiori dove assumevano l'aspetto di noduli minori confluenti. Al volto lesione nodulare con necrosi centrale al naso e lesioni alle guance. Al malleolo laterale dx lesione ulcerata al terzo stadio Il giorno dopo alcune lesioni presentavano forma di pustola e compariva una eruzione di tipo orticarioide alla gamba sn intorno all'ulcera a colorito viola bluastro. Le prime lesioni si attenuavano progressivamente lasciando solo alcuni noduli e chiazze di pigmentazione, ma comparivano nuovi elementi a tipo pustoloso. Il quadro, per l'assenza di diagnosi etiologica certa dei dolori, delle ipoestesie, della lesione cutanea e per l'anestesia delle ulcere, l'aspetto e la colorazione delle lesioni cutanee successive, induceva a sospettare, anche in assenza di possibili contatti, una reazione leprotica o lebbra reazionale. Una biopsia cutanea dava la seguente risposta: reperto compatibile con micobatteriosi atipica a localizzazione dermica. Un consulto con il neurologo e con i primari internista, infettivologo ed anatomopatologo dell'ospedale non escludeva la possibilità di infezione da m. leprae ed il pz venivae trasferito in M. Infettive. La PCR individuava come germe responsabile il M. chelonei, veniva iniziato un trattamento polifarmacologico e tutti i sintomi regredivano confermando l'impegno sistemico (non respiratorio) e non soltanto cutaneo. Purtroppo una insufficienza renale acuta causava l'exitus poco prima del rientro programmato in lungodegenza riabilitativa.
Il caso, affascinante per i dubbi e l'aspetto confuso dei dati, proveniva dall'ospedale con la diagnosi di s. da allettamento in K della prostata e poliartrosi. Soltanto l'approccio geriatrico con contributo polispecialistico ha permesso di giungere ad una diagnosi corretta.

Doc. House Organ: uno strumento di comunicazione multimediale e interattivo oggi anche al servizio della gerontologia

T. Balsamo[1], A. Cupellini[2], A. Bertolini[3]

[1] Resp. Uff. Stampa e Comunicazione, Consorzio San Raffaele - Giornalista redazione Puglia Doc.; [2] Direttore Marketing e Comunicazione, Direttore Resp. Doc.; [3] Direttore Generale, Tosinvest Sanità

Introduzione. Consapevole dell'importanza strategica di una comunicazione aziendale capace di coinvolgere e stimolare i dipendenti stessi del Gruppo, la Tosinvest Sanità edita nell'anno 2004 Doc. House Organ, mezzo di comunicazione interattivo e multimediale. DOC è oggi il primo *house organ* aziendale italiano pubblicato quotidianamente. Il quotidiano è composto da una redazione romana ed una redazione distaccata in Puglia che nasce contestualmente al Consorzio San Raffaele (ente che gestisce in Puglia 11 RSA) ed è dedicata alla diffusione della cultura geriatrica e gerontologia.
Scopo. L'obiettivo generale è stato quello di erogare un servizio di informazione e comunicazione puntuale ed efficace capace di soddisfare le esigenze di un pubblico eterogeneo e consapevole dei propri diritti. Oltre ad informare sulle attività ed i servizi prodotti dalla propria organizzazione, il quotidiano della Tosinvest, cerca di dare quanto più spazio possibile ai lettori (dipendenti, ospiti delle strutture sanitarie, familiari, cittadini) tramite la rubrica dedicata "filo diretto". L'attivazione di una redazione destinata ai temi gerontologici ha avuto invece come fine specifico quello di mettere a disposizione del cittadino/utente un prodotto editoriale particolarmente attento ad un settore poco rappresentato dall'editoria regionale.
Materiali. Il quotidiano telematico consiste in un pagina che giornalmente viene inoltrata ad una mailing di destinatari che comprende oltre ai 1000 dipendenti dell'Azienda anche ad una serie di enti istituzionali (Regione, ASL, Comuni, carta stampata, emittenti televisive, siti internet) e che può essere scaricata dall'home page del sito internet: www.sanraffaele.it. Ogni struttura, a sua volta, provvede sistematicamente a stamparne alcune copie cartacee che vengono esposte nelle apposite bacheche e distribuite tra gli ospiti ed i loro familiari. Grande attenzione è data alla veste grafica: lineare e semplice ma allo sesso tempo resa accattivante dai colori vivaci e dalle icone appositamente

Tab. I.

Anno	2004	2005	2006	2007
Numeri per ogni anno	145	233	230	109
Argomenti trattati (%)				
Riabilitazione neuromotoria	45%	30%	27%	27%
Gerontologia	7%	15%	16%	22%
Lettere pazienti	3%	10%	13%	14%
Formazione e aggiornamento	9%	11%	10%	12%
Riabilitazione respiratoria	13%	10%	11%	9%
Ricerca e qualità in sanità	5%	7%	10%	9%
Altri argomenti di medicina	11%	13%	9%	3%
Altro	3%	4%	4%	4%

studiate per l'identificazione immediata delle rubriche dedicate (filo diretto, interviste, appuntamenti, ecc.). Le interviste realizzate agli esperti del panorama geriatrico italiano (collaboratori aziendali e non) rendono Doc. uno strumento di informazione sanitaria di elevato spessore culturale ed informativo.
Risultati. La Tabella I indica il numero di edizioni pubblicate ogni anno e la valutazione approssimata degli argomenti trattati, espressa in termini percentuali. Le categorie degli argomenti sono state raggruppate in 8 tipologie al fine di omogeneizzare i dati e verificare l'andamento dei vari argomenti in ciascun anno. Si evidenzia come l'attivazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Puglia ha dato uno slancio notevole agli argomenti gerontologici, che passano da una percentuale del 7% nel 2004 al 22% nel 2007 (anno ancora in corso).
Conclusioni. Riuscire nell'intento di comunicare la salute e la sanità in maniera semplice e immediata è stato il più grande successo del quotidiano, che oggi è un punto di riferimento oltre che di confronto per gli esperti del settore. Doc. è oggi più di un mezzo di informazione. È infatti un compendio su tutto ciò che è sanità: attività scientifica e di ricerca, consigli per sani e corretti stili di vita e prevenzione; è, inoltre, informazione con servizi dedicati a patologie di elevato impatto sociale; è analisi dei suggerimenti e dei reclami ma è soprattutto la voce dei lettori. Gli argomenti di gerontologia e geriatria trattati in questi anni (circa un terzo dei numeri è infatti dedicato alla terza età), fanno inoltre di Doc. uno strumento utile di comunicazione e di divulgazione della cultura gerontologica; un tavolo aperto al confronto delle idee ed alla promozione di attività scientifiche e culturali che riguardano il mondo dell'assistenza all'anziano.

Valutazione psicometrica in RSA: dati su un campione randomizzato di una popolazione anziana ricoverata presso RSA Residence Futura - Viagrande (Catania)

P. Barbagallo[2], A. Santangelo[1 2], C. Crisafulli[2], G. Muscarà[2], M.C. Ossino[2], S. Scalia[2], M. Testai[1 2], D. Maugeri[1]

[1] Università di Catania, Scuola diSpecializzazione in Geriatria; [2] RSA Residence Futura -Viagrande (Catania)

Scopo. La valutazione psicometrica del paziente anziano ricoverato in RSA svolge un ruolo fondamentale nella precisione dell'inquadramento diagnostico e nell'individuazione del percorso riabilitativo e terapeutico più adeguato.
Materiali e metodi. Per valutare questo abbiamo studiato un campione di 20 pazienti ricoverati presso la RSA Residence Futura dal 1/1/2007 al 30/8/2007, studiandone le performances psicometriche mediante somministrazione in Entrata ed in Dimissione dei seguenti test: MMSE,GDS, Barthel Index, IADL, ADL
Risultati. L'età media della popolazione studiata era di 71 anni con una Deviazione Standard di 15.27, con una prevalenza maggiore (60%) di donne rispetto agli uomini.
I dati ottenuti ci danno un marcatore preciso dell'andamento clinico e riabilitativo della popolazione studiata, e diventa un indicatore di qualiità.
I risultati evidenziano in entrata una popolazione con deficit cognitivo (MMSE 23.06), lieve deflessione del tono dell'umore (GDS 14.81), Riduzione della Autonomia Funzionale (Barthel Index 25.50) con deficit dell'Autonomia (IADL 2,35) e dell'Autosufficienza(ADL 1.90).
Evidente alla dimissione un miglioramento che appare essere minimo delle performances cognitive (MMSE 23.78: p 0.04), ma appare più marcato nel recupero del tono dell'umore (GDS 10.69: $p < 0.001$) dell'autosufficienza (IADL 3.70: $p > 0.003$) ma soprattutto dell'Autonomia funzionale (Barthel Index 49.25 $p < 0.0001$) e dell'Autonomia delle attività quotidiane (ADL 2.27 $p > 0.00005$).
Conclusione. Questi risultati sono l'evidenza dei progressi effettuati dai pazienti della RSA Residence Futura nel recupero della piena autonomia funzionale e delle scelte idonee nell'individuazione dei percorsi riabilitativi più appropriati allla situazione clinica e psicometrica del paziente.
Inoltre questi dati dimostrano l'importanza dello strumento psicometrico per la corretta valutazione dell'Indicatore di qualità per il Recupero Geriatrico Globale dei malati ricoverati nellle Residenze Sanitarie Assistit

BIBLIOGRAFIA

Trabucchi M (ed). Le demenze (2nd ed). Torino: UTET Editore 2000.

Lawton MP, Brody EM. Assessement of older people; selfmanteining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psych Res 1975;12:189-98.

Efficacia della logica della valutazione multidimensionale e della continuità assistenziale in un'unità geriatrica per acuti

B. Barbato, S. Minello, M. Fornaini, V. Benori, A. Biral, S. Tiozzo, M. Pozzebon, M. Calabrò

U.O.C. Geriatria, Treviso,ULSS 9

Introduzione. La geriatria moderna basa la sua peculiarità sulla presa in carico del paziente in un'ottica di continuità assistenziale che non può prescindere da una valutazione multidimensionale (clinica, funzionale, psico-affettiva, socio-economica, cognitiva ed ambientale), nonché multiprofessionale del paziente stesso. È dimostrato da diversi studi, talora con risultati discordanti anche per il diverso setting e le diverse modalità con cui sono stati condotti, il ruolo che questi strumenti giocano nel ridurre la durata della degenza, fattore assai stressato negli ultimi anni, successivamente all'introduzione del sistema del Diagnosis Related Group (DRG) e con la conseguente sempre più pressante richiesta di riduzione dei posti letto e della durata della degenza.
Scopo della ricerca. È stato quello di valutare, in modo preliminare, se e quanto si fossero modificati alcuni indicatori relativi ai ricoveri ospedalieri avvenuti nell'U.O.C di Geriatria di Treviso nel primo trimestre 2007 rispetto al primo trimestre 2006, a parità di organico medico, infermieristico ed assistenziale e di posti letto, in seguito all'introduzione di una logica della valutazione multidimensionale e della

Tab. I.

	I trimestre 2006	I trimestre 2007	Scostamento	Scostamento%
N. medio posti letto	74	74	0	0
N. dimessi	519	654	135	+26.01
Degenza media (gg)	13.71	11.08	2.63	-19.18
Degenza media trimmata (gg)	11.11	9.18	1.93	-17.37
Presenza media	77.82	76.34	1.48	-1.9
Tasso di occupazione	105.17	103.17	2.0	-1.9
N. ricoveri ordinari oltre soglia	49	46	3	-6.12
% ricoveri ordinari oltre soglia	9.44	7.03	2.41	-25.53
Peso medio dei ricoveri	0.96	0.95	0.01	-1.0

continuità assistenziale, in un contesto in cui la rete assistenziale territoriale deve ancora raggiungere le sue maggiori potenzialità di sviluppo ed implementazione.

Materiali e metodi. Si sono analizzati in modo comparativo i dati fornitici dal Centro Elaborazione Dati (CED) della nostra ULSS relativi ai ricoveri avvenuti nella nostra U.O.C nel primo trimestre 2006 e nel primo trimestre 2007. In particolare per ciascun trimestre sono stati considerati i seguenti indicatori: 1) il numero di dimissioni, 2) le giornate di degenza media, 3) le giornate di degenza media trimmata, 4) la presenza media giornaliera di pazienti, 5) il tasso di occupazione, 6)il numero di ricoveri oltre soglia, 7) la percentuale dei ricoveri oltre soglia, 8) il peso medio dei ricoveri.

Come si può osservare dalla Tabella, tra i due periodi osservati, a parità di numero di posti letto (74), si è assistito ad un aumento del numero di dimissioni (+26,01%) dovuto ad una riduzione della durata di degenza sia media (-19,18%) che trimmata (-17,37%), ed a una riduzione sia del numero dei ricoveri ordinari oltre soglia (-6,12%), sia della percentuale di ricoveri oltre soglia (-25,53%). Ciò ha portato anche ad una riduzione della presenza media giornaliera di pazienti (1,9%) e del tasso di occupazione (1,9%) pur mantenendo un peso medio dei ricoveri pressoché invariato.

Risultati. I risultati sono riportati in Tabella I.

Conclusione. Abbiamo analizzato quali potessero essere i fattori che hanno portato al miglioramento degli indici sopra riportati ed abbiamo individuato che ciò che ha differenziato il primo trimestre 2007 rispetto a quello dell'anno precedente sono i seguenti punti: 1) una precoce valutazione multidimensionale del paziente che permette di individuare tempestivamente il miglior percorso assistenziale, coinvolgendo quanto prima l'Assistente Sociale od altre figure professionali interessate per quel singolo caso; 2) un maggior utilizzo della rete dei servizi esistente; 3) un più rapido inquadramento delle problematiche mediche con conseguente risparmio di tempo nella richiesta di prestazioni ed esami; 4) un maggior coinvolgimento di più figure professionali (soprattutto Coordinatrici Infermieristiche, assistente sociale ed infermieri) per l'inquadramento multidimensionale del paziente creando una pratica routinaria sia nella richiesta di prestazioni che nell'attivazione di procedure nella logica della continuità assistenziale.

RSA di Varazze - ASL 2 Savonese. Un decennio di attività

M. Barbero, B. Beltrame, T. Damonte, M. Lamasa, L. Zunino

U.O.S. RSA Varazze, Dipartimento Cure Primarie

L'Ospedale S. Maria in Bethleem di Varazze, in data 01-09-1997 è stato riconvertito da sezione di lungodegenza della Medicina I Ospedale San Paolo in RSA. Inizialmente sono stati resi operativi 23 posti letto, che a far data dal 01/10/1998 a seguito di adeguamento numerico del personale in servizio, sono diventati 40.

Nel periodo compreso fra il 01/09/1997 e il 30/06/2006 sono stati ricoverati 1908 pazienti e 1880 sono usciti dalla struttura (Fig. 1).

Relativamente ai 1880 pazienti usciti dalla struttura consideriamo che 1155 (61%) pazienti sono rientrati al domicilio, mentre 188 sono deceduti (10%), 256 (14%) trasferiti in altra struttura (RP/RSA di mantenimento) e 281 (15%) trasferiti in PS (Figg. 2-3).

La struttura dispone di 40 posti letti, che sono rimasti in occupazione pressoché completa per tutto il corso degli anni, esclusi quindi il fisiologico tempo di reingresso, quantizzabile mediamente in 1-2 giorni, e quello dei temporanei trasferimenti in ospedale.

Otteniamo "storicamente" una degenza media da 85.43 giornate nel 1998 a 42.43 nel 2006. (Fig. 4).

L'analisi di tali dati ci porta ad alcune considerazioni:

- Il sempre crescente "bisogno" sociosanitario dell'anziano trova risposte anche nella RSA, sia come momento convalescenziale che riabilitativo.

Fig . 1.

Fig. 2.

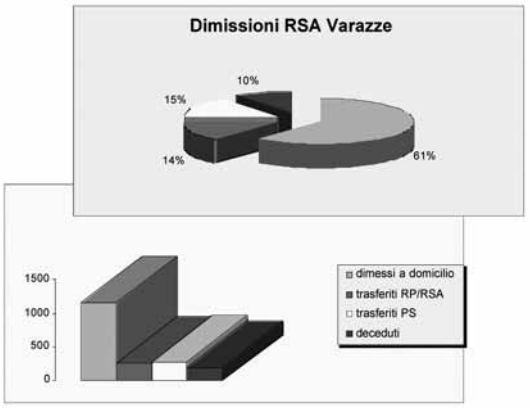
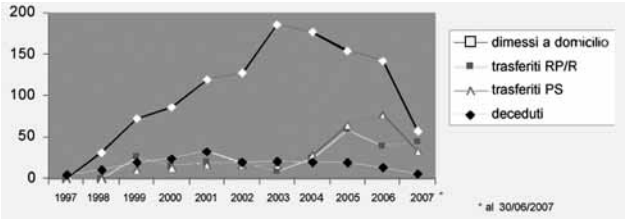


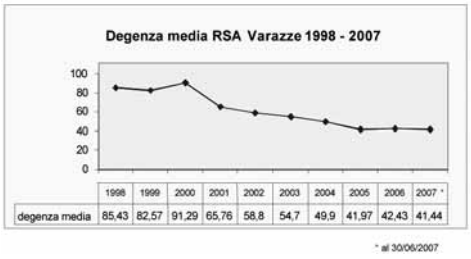
Fig. 3.



- Il 61% di pazienti rientrati al domicilio, spesso nel nucleo familiare con i figli, talora anche autonomamente, sta a significare la concretezza e l'utilità della degenza prolungata, ma temporanea di tali strutture intermedie poste fra ospedale e lungodegenza.
- Abbiamo assistito comunque negli anni ad un cambiamento della tipologia degli accessi a partire in particolare dal 2003. Si è verificato un progressivo calo delle dimissioni al domicilio con un contestuale aumento di dimissioni in strutture a bassa valenza sanitaria, ma con possibilità di lungodegenza, ovvero a rientri più frequenti in reparto per acuti di pazienti al limite della stabilizzazione clinica.

La medicina, tuttavia, si attiene tradizionalmente ad approcci orientati verso la guarigione della malattia, quando invece le necessità dell'anziano investono sempre anche il deterioramento della sfera affettivo-cognitiva e di quella relazionale. Pertanto, l'assistenza sanitaria geriatrica ottimale deve diventare multiprofessionale e curativa in senso continuativo, aumentando fin da oggi i posti letto in strutture dedicate, spostando il baricentro delle cure dall'ospedale al territorio. L'insieme di queste problematiche sociali, correlate con la fisiologica modificazione di organi e apparati degli organismi che invecchiano, collaborano alla trasformazione del1'anziano in una persona "fragile". In conclusione ribadiamo l'importanza delle strutture di degenza di II livello sanitario extraospedaliere ad impronta principalmente geriatrica dove, convergendo le diverse professionalità sanitarie e assistenziali all'obiettivo della ricerca del benessere dell'anziano, si possa ottenere la massima potenzialità di recupero delle capacità residue dell'anziano fragile.

Fig. 4.



Frattura di femore e depressione in pazienti anziani: effetto di genere?

P. Barbisoni, R. Rozzini, I. Sleiman, S. Franzoni, A. Morandi, A. Ricci, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri e M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Premessa. Numerosi dati in letteratura evidenziano l'associazione tra frattura di femore e depressione. Il dato è di notevole importanza, perché la depressione è una condizione per se disabilitante e, quando si associa alla frattura di femore, è in grado di modificare notevolmente la prognosi. A nostra conoscenza, non vi sono dati che identificano i fattori predittivi di depressione dopo la frattura di femore, e che quindi tali da indirizzare verso una pratica di prevenzione e d'intervento. Scopo del lavoro è identificare, in una popolazione di pazienti anziani con frattura di femore, i fattori che predicono l'insorgenza della depressione.

Materiali e metodi. Lo studio è stato svolto presso la riabilitazione geriatrica dell'Ospedale P. Richiedei, Gussago, Brescia. Sono stati inclusi 766 pazienti non affetti da demenza severa (26,2% maschi; età media 78,8 ± 7,6 anni). Il criterio per il ricovero era il giudizio clinico di un potenziale beneficio della terapia riabilitativa. Sono stati ammessi allo studio solamente i pazienti con patologia subacuta (ad es. riacutizzazioni di artrite, infarto acuto del miocardio e ictus cerebrale dopo 2 settimane dall'evento acuto, scompenso cardiaco classe NYHA II e II, pneumopatie croniche ostruttive riacutizzate, fratture di femore 2-3 settimane dopo l'intervento e parkinsonismi). I pazienti sono stati dimessi quando il team medico giudicava raggiunto il massimo effetto della terapia riabilitativa. È stata eseguita una valutazione multidimensionale, che includeva i dati demografici (età, sesso, scolarità, abitazione prima e dopo il ricovero, condizioni domiciliari e caregiver o la presenza di un supporto formale), stato cognitivo ed affettivo, salute fisica, abilità funzionale e supporto sociale. La comorbilità è stata valutata con il Charlson Index, lo stato cognitivo con il MMSE, i sintomi depressivi con il GDS (30 domande), lo stato nutrizionale con il PNI (Prognostic Nutritional Index > 40), La disabilità con le BADL (Basic Activities of Daily Living scale). Depressi sono stati considerati i pazienti non affetti da demenza (con un MMSE > 12/30) clinicamente depressi al colloquio con il medico e con GDS score > 15.

Risultati. Le diagnosi prevalenti alla dimissione erano la patologia muscoloscheletrica (72%), cardiopatie ischemiche (56%), BPCO (44%), fratture di femore (9%) e parkinsonismi (7%). La durata di degenza media era di 29.6 ± 13.0 giorni. Nel gruppo di donne con frattura di femore la prevalenza della depressione era simile rispetto a quella riscontrata in quelle affette da altre patologie (45.2 *vs.* 49.9% rispettivamente). Nei maschi, invece, la prevalenza della depressione era doppia nei pazienti con frattura di femore rispetto a quelli con altre patologie (64.7 *vs.* 36.4%). Anche il MMSE era diverso tra i maschi e le femmine con frattura di femore (18.9 ± 7.1 *vs.* 23.6 ± 2.6), come pure il Charlson Index (1.2 ± 1.6 *vs.* 0.9 ± 0.9). Non vi erano invece differenze per quanto riguarda l'età, la scolarità, vivere soli, albumina sierica e stato nutrizionale.
Conclusioni. I dati evidenziano una differenza di genere nella prevalenza della depressione nei pazienti con frattura di femore, suggerendo come nell'uomo la depressione possa rappresentare un possibile collegamento tra la frattura di femore e la mortalità. In questa prospettiva gli studi di genere diventano particolarmente importanti per costruire prognosi a lungo termine nei pazienti anziani.

Risultati di una valutazione multidimensionale in soggetti anziani ospedalizzati con scompenso cardiaco

G. Basile, P. Parisi[1], M. Mazza[1], A. Mento[1], C. Nicita-Mauro[1], C. Lo Balbo[1], G. Maltese[1], P.L. Minciullo[2], S. Gangemi[2], V. Nicita-Mauro[1]

[1] Cattedra di Geriatria, Gerontologia e Clinica di Medicina Geriatrica; [2] Cattedra di Immunologia ed Allergologa Clinica, Università di Messina.

Introduzione e scopo. Lo scompenso cardiaco (SC) è una condizione patologica in costante incremento, prevalentemente in età geriatrica, ed una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero. I soggetti anziani con SC differiscono sensibilmente da quelli di età più giovane, tra l'altro, per la maggiore comorbilità, per la frequente comparsa di alterazioni cognitive e del tono dell'umore, per l'elevata prevalenza di disfunzione diastolica e cardiopatia ipertensiva. Lo scopo di questa ricerca è quello di valutare l'impatto dello SC sullo stato cognitivo, l'umore e l'autonomia funzionale in soggetti anziani ospedalizzati e ricercare una eventuale correlazione tra l'eziologia e la severità clinica dello SC e le alterazioni cognitivo-affettive e la disabilità.
Materiali e metodi. Sono stati valutati i soggetti ricoverati consecutivamente dal gennaio al dicembre 2006, presso la Clinica di Medicina Geriatrica del Policlinico di Messina, per scompenso cardiaco. In totale 75 soggetti, di età media 78,36 ± 7,6 anni. La diagnosi veniva posta in accordo alle linee guida dell'European Heart Association (2005) e alla New York Heart Association (NYHA) per la severità clinica. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad esami di laboratorio, radiografia del torace, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, valutazione multidimensionale (comprendente MMSE, GDS, ADL, IADL). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il t-test di Student, considerando significativo un valore di $p < 0,05$.
Risultati. Il punteggio medio del MMSE è stato di 21,58 ± 3,9, mentre il punteggio della GDS di 6,66 ± 3,2. Complessivamente 48 soggetti (64%) avevano un punteggio al MMSE < 24, 45 soggetti (60%) un punteggio alla GDS > 5, ben 37 (49,3%) erano i pazienti con MMSE < 24 e GDS > 5. Suddividendo i soggetti in due gruppi sulla base della frazione di eiezione (≤ 40% e > 40%) non vi erano differenze statisticamente significative per quanto concerne lo stato cognitivo ed il tono dell'umore. Suddividendo i pazienti sulla base della severità clinica in tre gruppi (classe NYHA II-III e IV), non vi era differenza significativa tra i gruppi per quanto concerne la cognitività, mentre si è osservata una significativa correlazione con la depressione, in particolare nelle classi NYHA più avanzate (II classe 4,92 ± 3,28 *vs.* IV classe 8,35 ± 2,30, $p < 0,001$; III classe 6,27 ± 3,33 *vs.* IV classe 8,35 ± 2,30, $p = 0.012$). I soggetti con sintomi depressivi (con valori di GDS > 5) mostravano un maggior grado di disabilità, espressa da un maggior numero di funzioni perse nella ADL e nelle IADL, rispetto ai soggetti con GDS ≤5 (ADL: 2,89 ± 1,73 *vs.* 1,8 ± 1,6, $p = 0.007$; IADL 4,74 ± 1,77 *vs.* 3,03 ± 2,11, $p < 0.001$).
Conclusioni. I soggetti anziani con scompenso cardiaco sono un esempio paradigmatico della complessità in ambito geriatrico. Alla frequente comorbilità cardiovascolare, respiratoria e metabolica, si associano - in circa il 60% dei pazienti scompensati - declino cognitivo e depressione, due condizioni spesso concomitanti e strettamente intrecciate. La depressione in particolare si associa significativamente alla severità clinica dello scompenso e ad un maggior grado di disabilità. I valori di MMSE, GDS e ADL non sono statisticamente differenti nei soggetti con frazione di eiezione ≤ 40% e > 40%, ribadendo così il ruolo della disfunzione diastolica non solo nella patogenesi dello SC nell'anziano ma anche nel determinismo del deterioramento cognitivo, delle turbe dell'umore e della disabilità che ad esso si associano. L'approccio geriatrico multidimensionale si rivela un indispensabile strumento per la valutazione globale dei pazienti anziani con SC, fornendo dati utili per l'inquadramento diagnostico, la valutazione della comorbilità, in particolare della sfera cognitivo-affettiva, l'individuazione precoce della disabilità e delle riserve funzionali residue, potendosi così attuare un trattamento che, tenendo conto di molteplici aspetti, mira non solo al compenso emodinamico ma anche al mantenimento dell'autonomia funzionale e di una soddisfacente qualità della vita.

Anemie nell'anziano in un DH geriatrico

G. Battaglia, D. Ferrari

Medicina dell'Invecchiamento, S.O. Soriano Calabro, A.S.P. Vibo Valentia

Premessa. La prevalenza di anemia aumenta con l'età a partire da 65 anni e presenta un picco massimo dopo gli 80. L'anemia può essere il risultato di molte patologie complesse. La gravità dell'anemia dipende dalla carica sottostante e conduce ad aumentata morbilità e mortalità.
Scopo dello studio. Valutare i ricoveri con diagnosi di dimissione di anemia nel nostro DH nel 2006 considerando anche le patologie associate.
Materiali e metodi. È stata valutata una coorte di soggetti di età > di 65 aa con diagnosi di anemia rilevando età media e patologie associate.
Risultati. I soggetti anemici avevano un età media di 79 aa. Il 34,25% aveva un'età compresa fra 65 e 75 aa, il 41,10% compresa fra 76 e 85 aa, il 19,18% era ultraottan-

tacinquenne. Le anemie da carenza marziale, comprese le post emorragiche rappresentavano il 20,55% (solo le post emorragiche il 4,11%); le anemie aplastiche (comprendenti le aplasie midollari, le forme leucemiche e le gammopatie monoclonali) il 12,33%; le anemie microcitiche il 46,58%; le anemie carenziali il 2,74%; le anemie autoimmuni associate a tiroidite il 1,37%; le anemie secondarie a IRC il 9,59%; le anemie da S. mieloproliferative il 5,48%; le anemie da malattie infiammatorie croniche il 1,37%.

Conclusioni. L'anemia nell'anziano è spesso riferibile a una patologia sottostante: neoplasie, infiammazioni croniche, IRC, malnutrizione. Le anemie post emorragiche sono spesso iatrogene (secondarie a terapia con FANS) o secondarie a ulcera gastroduodenale. Nella nostra coorte, sono maggiormente rappresentate le forme microcitemiche (forma endemica nel nostro bacino di utenza) e le forme secondarie a malattie leucemiche e a S. mieloproliferative. Quest'ultime nel loro insieme si equivalgono quasi a quelle da carenza marziale e sono di gran lunga superiori rispetto alle sole post emorragiche. Ciò induce a considerare che si è sviluppata una maggiore sensibilità nell'utilizzare la terapia con FANS in pazienti selezionati e che è necessaria un attenta valutazione generale del paziente anziano, in quanto l'allungamento della vita comporta una maggiore incidenza di quelle patologie croniche/subcroniche sulla crasi ematica, compromettendo le performances globali dei soggetti anziani.

Un nuovo indice prognostico-terapeutico in oncologia geriatrica

G. Bellavia[1], L.J. Dominguez[1], M. Deleo[1], E. Bajardi[2], M. Belvedere[1], V. Gebbia[2], M. Barbagallo[1]

[1] Cattedra ed UO di Geriatria; [2] Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Applicazioni Cliniche (DOSAC), Università di Palermo

Scopo. Nel corso delle ultime decadi abbiamo assistito al progressivo aumento della vita media associato ad una sempre maggiore sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative. La fascia di popolazione degli ultrasessantacinquenni rappresenta quella a più rapida crescita ed andrà a costituire nel 2030 circa un terzo della popolazione occidentale (1). Attualmente in Italia si registrano circa 270.000 nuovi casi/anno di tumori, di cui 165.000 (61%) in soggetti di 65+ anni. In particolare 90.000 casi, il 33% del totale, in soggetti di età compresa tra 65-74 anni e 75.000 (28%) in soggetti di età 75+ (dati ISTAT). L'anziano è caratterizzato dalla riduzione delle riserve funzionali di molti organi ed apparati, declino delle capacità funzionali, una progressiva riduzione delle risorse personali e sociali, il tutto con modalità ed intensità diverse, spesso poco o nulla correlate alla semplice età anagrafica (2). Accanto ad anziani con caratteristiche sovrapponibili al giovane-adulto (fit elderly) ed anziani francamente fragili (frail elderly) esiste una quota in atto non facilmente identificabile di quadri intermedi (3). Se nel giovane-adulto il parametro di riferimento è la sopravvivenza, e la cura della neoplasia si identifica sostanzialmente con la cura della persona malata, nell'anziano la sopravvivenza libera da malattia, la mancata progressione, il mantenimento dell'autonomia e la qualità di vita assumono importanza fondamentale al fine di permettere all'anziano di convivere, e morire, con il cancro e non di cancro (4).

Soggetti e metodi. Sono stati esaminati 54 pazienti (25 donne 29 uomini) età media di 72 ± 5 anni, affetti malattia neoplastica in diverse sedi ed in diversi stadi, tutti in corso di chemioterapia. Sono state applicate scale di valutazione di diversi domini funzionali (situazione socio-economica ADL, Barthel index, IADL, PS (ECOG-Karnofsky), handgrip, velocità del passo, velocità nell'alzarsi da una sedia, equilibrio statico (piedi uniti, semi-tandem, tandem), MMSE, GDS, CIRS-G, test di Tinetti, MNA, FACT-G, FACT-an (nei pz anemici), VAS dolore, VAS qualità di vita, Caregiver Burden Inventory). Sui dati ottenuti è stato successivamente applicato il diagramma polare (5) tradotto in termini numerici e correlato alla sopravvivenza.

Risultati. Considerando tutti i tipi di tumori non è stata trovata una correlazione significativa tra la sopravvivenza complessiva e l'area del diagramma polare, anche se la notevole eterogeneità della popolazione oggetto di studio costituisce sicuramente un limite ad ogni conclusione definitiva. Tuttavia quando sono state esaminate le due neoplasie più frequenti nel campione, cioè carcinoma del colonretto (Fig. 1) e polmonare (Fig. 2), è stata trovata una associazione al limite della significatività statistica che probabilmente non è stata raggiunta per la ancora insufficiente numerosità del campione.

Conclusione. La Valutazione Geriatrica Multidimensionale in Oncologia Geriatrica trova la sua più efficace indicazione nel riconoscimento e nella gestione del soggetto con problematiche multiple, in grado di interferire con la risposta alle terapie. Dalla pratica quotidiana emerge la necessità di uno strumento in grado di sintetizzare i molteplici parametri della VGM e fornire un quadro rapido ed unitario del paziente, che consenta di identificare i soggetti a maggiore probabilità di successo terapeutico e che permetta di rivalutarli altrettanto agevolmente nel tempo.

Fig. 1.

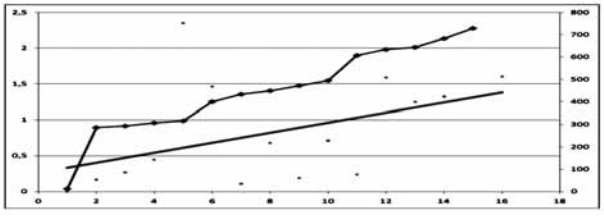
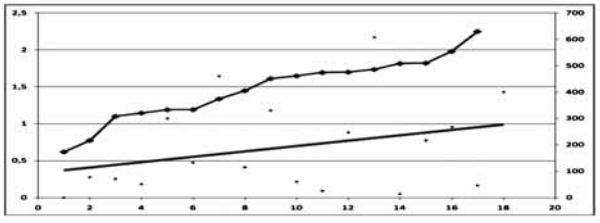


Fig. 2.



BIBLIOGRAFIA

1. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Monfardini S, Repetto L et al. Use of comprehensive geriatric assessmnent in older cancer patients: Recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). Critical Reviews in Oncology/Hematology 2005;55:241-52.
2. Repetto L, Balducci L. A case for geriatric oncology. The Lancet Oncology 2002;3:289-97.
3. Balducci L, Extermann M. Management of the frail person with advanced cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2000;33:143-8.
4. Extermann M, Balducci L et al. A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2004;49:69-75.
5. Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. A polar diagram for comprehensive geriatric assessment. Archives of Gerontology and Geriatrics 2004;38:139-44.

Studio della variabilità giornaliera della pressione arteriosa correlato alla funzione cognitiva in soggetti in età geriatrica

M.A. Bellini [1], G.A. De Paduanis [1], A. Giani [1], G. Peruzzi [1], M. Santoro [1], F. Laghi Pasini [1 2]

[1] U.O.C. Geriatria A.O.U.S., Siena; [2] U.O.C. Immunologia Clinica, Università di Siena

Scopo. Alcuni studi (1, 2, 3) hanno valutato le variazioni circadiane della pressione arteriosa in pazienti con e senza demenza, concludendo che nei pazienti affetti da declino cognitivo si verificavano sostanziali cambiamenti nel ritmo circadiano della pressione arteriosa (1, 3), con perdita del fisiologico calo pressorio notturno, mentre la ritmicità diurna della frequenza cardiaca rimaneva invariata (2). Ciò suggerisce che i processi degenerativi del sistema nervoso centrale possano esercitare un'interferenza sul ritmo circadiano della pressione arteriosa. In particolare i lavori di letteratura (4, 5, 6) pongono l'accento su come il ritmo circadiano della pressione arteriosa possa essere selettivamente alterato nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer. Per meglio chiarire le variazioni del ritmo circadiano pressorio nei vari tipi di declino cognitivo, abbiamo studiato le variazioni del ritmo circadiano della pressione arteriosa in soggetti in età geriatrica afferenti ai nostri Ambulatori, affetti da vari tipi di demenza, confrontandoli con un omologo gruppo di soggetti non affetti da declino cognitivo.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato 76 soggetti in età geriatrica, età media 76 ± 6 anni, afferenti all'Ambulatorio di monitoraggio non invasivo 24 h della pressione arteriosa dell'U.O.C. di Geriatria, di cui 21 affetti da declino cognitivo (età media 76 ± 6) e suddivisi in base al tipo di demenza. Sono stati esclusi dallo studio soggetti affetti da diabete mellito, ipercolesterolemia, aritmie cardiache ed ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Tutti i soggetti sono stati valutati per determinare la funzione cognitiva, utilizzando scale cognitive validate (MMSE, MMSEc). Il gruppo dei 21 soggetti affetti da declino cognitivo è stato suddiviso in 3 sottogruppi in base al tipo: 7 pazienti affetti da malattia di Alzheimer, 7 da demenza vascolare e 7 da demenza mista. In tutti i soggetti abbiamo valutato il ritmo pressorio circadiano e quindi la frequenza cardiaca media, la pressione arteriosa media sistolica e diastolica, sia delle 24 h che dei periodi diurno e notturno.
Risultati. Nel gruppo dei 55 soggetti di controllo (MMSE 27 ± 3,2 e MMSEC 27 ± 2,9), i valori pressori medi delle 24 h sono risultati essere per la sistolica 123 ± 13,9 mm Hg, per la diastolica 73 ± 7,8 mm Hg; la sistolica media diurna è risultata 126 ± 14,9 la diastolica media diurna 75 ± 8,4 mm Hg. I valori medi notturni sono risultati essere 113 ± 15,9 mm Hg per la sistolica, 67 ± 8,9 mm Hg per la diastolica e 65 ± 9,7 bpm per la frequenza cardiaca. Nel gruppo dei pazienti affetti da declino cognitivo invece (MMSE 23 ± 4,3 e MMSEC 23 ± 4,5) i valori pressori medi delle 24 h sono risultati essere statisticamente aumentati rispetto al gruppo di controllo per la sistolica (130 ± 14,4 mm Hg), non significativi (75 ± 8,3 mm Hg) per la diastolica e lievemente inferiori (71 ± 8 bpm) per la frequenza cardiaca, mentre la sistolica media diurna è risultata non significativa (132 ± 13,6 mm Hg), la diastolica media diurna lievemente aumentata ma non significativa (76 ± 8 mm Hg) e la frequenza cardiaca media diurna lievemente diminuita (74 ± 9 mm Hg). I valori medi notturni sono risultati aumentati in maniera statisticamente significativa per la sistolica (124 ± 21 mm Hg), non significativi (71 ± 10,7 mm Hg) per la diastolica e per la frequenza cardiaca (63 ± 7 bpm). L'analisi dei sottogruppi ha poi mostrato che nel gruppo dei soggetti affetti da demenza mista i valori sistolici e diastolici medi delle 24 h risultavano superiori rispetto agli altri 2 gruppi, più alti risultavano i valori medi sistolici e diastolici notturni e minore era il decremento notturno della frequenza cardiaca.
Conclusione. I risultati ottenuti mostrano che, in accordo con la letteratura, i soggetti in età geriatrica affetti da declino cognitivo presentano una alterazione del ritmo pressorio circadiano, con valori pressori medi sistolici significativamente più alti ed un minor decremento della frequenza cardiaca notturna rispetto ai controlli. In particolare, tra i soggetti affetti da declino cognitivo presi in esame, quelli affetti da demenza mista presentano valori pressori notturni tendenzialmente più alti ed un minor decremento notturno della frequenza cardiaca.

BIBLIOGRAFIA

1. Campos UW, Holm D, Pachmann A, Vetter W. Circadian profile of blood pressure and heart rate in geriatric patients with and without dementia
2. Cugini P, Gori MC, Petrangeli CM, Tisei P, Giubilei F. Preserved blood pressure and heart rate circadian rhytm in early stage Alzheimer's disease.
3. Skoog I. The relationship between blood pressure and dementia: a review.
4. Otsuka A, Mikami H, Katahira K, Ogihara T. Circadian changes of blood pressure in the elderly with Alzheimer's type dementia.
5. Hanon O, Latour F, Seux ML, Lenoir H, Forette F, Rigaud AS, REAL FR Group. Evolution of blood pressure in patients with Alzheimer's disease: a one year survey of a French Cohort.

6. Stampfer MJ. Cardiovascular disease and Alzheimer's disease: common links. J Intern Med 2006;260:211-23.

Lo studio dell'invecchiamento biologico nella medicina di laboratorio: contributo osservazionale e retrospettivo

D. Belloni[1], U. Baicchi[3], E. Bergamini[1 2], G. Cavallini[2], E. Chelli[3], A. Donati[2], M. Maccheroni[2], C. Nencini[1], M. Parenti[1]

[1]Scuola di Specializzazione di Patologia clinica; [2]Centro di Ricerca di Biologia e Patologia dell'Invecchiamento dell'Università di Pisa; [3]Centro di Medicina trasfusionale dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana

Lo studio degli effetti dell'invecchiamento sui valori dei parametri analitici rilevati dalla medicina di laboratorio è un campo assai trascurato, tanto da essere relegato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, tra le variabili non controllabili di minor interesse anche dai più moderni trattati (1). Invece, una recente analisi retrospettiva dei risultati dello studio longitudinale di Baltimora effettuata da Roth et al. (2) ha dimostrato che alcuni parametri analiti offrono informazioni importanti e tempestive sull'andamento del processo di invecchiamento e sulla speranza residua di vita. Nella persuasione dell'utilità di una ridefinizione delle variazioni con l'età dei valori di molti analiti è stato avviato uno studio osservazionale longitudinale e retrospettivo delle analisi effettuate sui donatori di sangue pisani, di cui si riportano in via preliminare risultati delle valutazioni effettuate su un primo campione casuale costituito da 200 donatori e da 100 donatrici di età compresa tra 20 e 65 anni. All'analisi statistica (Analisi della regressione lineare, Statview) sono risultate significative le seguenti variazioni con l'età: la glicemia a digiuno aumenta ($P < 0,01$) sia nel genere maschile che, in misura più marcata, nel genere femminile (rispettivamente $Y=68,0 + 0,278^{1}X$ e $Y= 55,7 + 0,5^{1}X$); la protidemia totale cala nel maschio ($P < 0,0001$: $Y = 7,9 – 0,012^{1}X$; nella femmina la riduzione è meno marcata e non significativa); la colesterolemia totale e LDL ($P < 0,0001$ tutte) aumentano sia nel maschio che nella femmina (rispettivamente nel maschio $Y = 134,1 + 1,36^{1}X$ e $Y = 74,9 + 1,18^{1}X$; e nella femmina $Y = 148,4 + 1,10^{1}X$ e $Y = 69,0 + 1,36^{1}X$) mentre la colesterolemia HDL aumenta nel maschio ($P < 0,002$; $Y = 44,0 + 0,203^{1}X$) ma non nella femmina; la trigliceridemia aumenta con l'età sia nel maschio ($P < 0,02$) che nella femmina ($P < 0,05$)(rispettivamente $Y = 68,1 + 0,854^{1}X$ e $Y = 52,1 + 0,782^{1}X$). Diversamente da quanto riportato in (1), i livelli di GOT e GPT non cambiano significativamente con l'età. I livelli plasmatici di DHEAs, sicuramente correlati negativamente con il progredire dell'invecchiamento biologico e capaci di fornire indicazioni circa la speranza di vita (2), hanno mostrato le più ampie e significative variazioni con l'età in entrambi i sessi (nel maschio: $Y = 368,8 – 3,857^{1}x$; nella femmina $Y = 254,8 – 3,214^{1}X$). Sorprendentemente, non è stata trovata alcuna colleganza significativa tra gli scarti dai valori attesi per l'età del DHEAs del colesterolo totale e LDL, ad indicare chele variazioni con l'età della colesterolemia potrebbero non essere conseguenza diretta dell'invecchiamento. In conclusione, i risultati possono contribuire a ridefinire i valori di alcuni importanti parametri analitici aggiornandoli alle nuove realtà nutrizionali e ambientali della popolazione italiana che invecchia, e a chiarire alcuni meccanismi responsabili dei cambiamenti.

Bibliografia

1. Burtis CA, Ashwood ER, Bruns DE (eds.) Tietz textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnosis. 4th ed., pp. 459-462, Elsevier 2006.
2. Roth GS et al. Science 2002;297:811.

Disturbi d'ansia nell'anziano

G. Belvedere, A. Di Prima, C. Aglialoro , M. Ferlisi , C. Arizzi, S. Largueche, G. Bellavia, L.J. Dominguez, M. Barbagallo , M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Palermo

I disturbi d'ansia nell'anziano sono classificati come disturbi fobici, disturbi da stress post-traumatico, disturbo d'ansia generalizzato (GAD), disturbo ossessivo compulsivo e panico. Sono presenti nella popolazione anziana sebbene esistano differenze nella prevalenza e a volte nei sintomi e nelle manifestazioni cliniche. *Disturbi fobici.* Si tratta di disturbi che consistono in ansietà persistente e intensa, priva di fondamento, indotta da determinate situazioni. Sono, comunque, disturbi non molto comuni tra gli anziani, e che, in genere, quando si verificano non inibiscono le interazioni sociali. *Disturbo da stress post-traumatico.* In questo disturbo un opprimente evento traumatico è rivissuto con paura intensa, senso di abbandono, orrore ed elusione degli stimoli legati al trauma. In genere si tratta di episodi traumatici del passato più difficilmente di traumi recenti. *Disturbo d'ansia generalizzato.* Questo disturbo è contraddistinto da almeno 6 mesi di ansietà quasi quotidiana e preoccupazione sulle attività e sugli eventi. Colpisce il 5% degli anziani residenti in comunità, donne in particolare, rendendolo uno dei problemi psichiatrici più diffusi. Disturbo ossessivo compulsivo. Il disturbo è caratterizzato da idee, immagini o impulsi ricorrenti che sembrano sciocchi, bizzarri o sgradevoli (ossessioni) e dal tentativo di placarle per alleviare lo sconforto (compulsioni). È comune tra gli anziani ma i sintomi non sono di solito particolarmente gravi. Panico. La caratteristica essenziale del Disturbo di Panico è la presenza di attacchi di panico ricorrenti, inaspettati, seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di averne. I sintomi in genere iniziano precocemente (già nella tarda adolescenza) e terminano tardi. Sono così piuttosto sporadici negli anziani e quando si verificano sono meno gravi che nei giovani. La causa prima della maggior parte dei casi di panico e ansia è raramente identificata. Lo stress post-traumatico è facilmente associabile a un evento. Comunque molti casi sono determinati da traumi come incidenti, ma anche eventuali abusi sessuali possono essere tra le cause. Esiste poi la possibilità che altri disturbi clinici o l'assunzione di farmaci possano determinare ansietà o sintomi simili, che possono essere fraintesi. Il delirio spesso produce una condizione di ansietà severa e di agitazione, in particolare se il paziente si trova in un contesto non familiare. La depressione poi nelle forme più gravi può produrre sintomi di ansietà e agitazione come l'ipocondria, sebbene si tratti di forme ad

intermittenza e meno severe. La demenza può, a sua volta, essere tra le cause di ansietà nel paziente geriatrico. Segni precoci di deficit cognitivo con perdite di memoria, possono progredire a un'ansia generalizzata con attacchi di panico periodici. L'ansietà causa traumatici cambiamenti comportamentali che spesso mascherano una demenza sottostante. Occasionalmente, infine, l'ansietà riportata dai pazienti è dovuta ad una paura legittima come quella di essere aggrediti o di perdersi. Nei disturbi d'ansia generalizzata l'ansietà è associata con almeno tre dei seguenti sintomi: agitazione, affaticamento, difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare,e disturbi del sonno. Negli anziani senza problemi cerebrali i sintomi corrispondono a quelli dei pazienti più giovani. I test psicologici sono difficilmente d'aiuto nella diagnosi dell'ansia nell'anziano sebbene si tratti di modalità diagnostiche spesso utilizzate per riconoscere la demenza o i disturbi dell'umore. L'efficace gestione dei disturbi d'ansia prevede una buona relazione tra il paziente e il terapeuta. Dopo l'accurata diagnosi la terapia può cominciare con un counselling individuale e il supporto alla famiglia garantito dal medico. Tutte le potenziali cause organiche devono essere rimosse, con sospensione, se possibile, dei farmaci che possono interferire sullo stato ansioso. Un intervento appropriato per coesistenti condizioni psichiatriche può alleviare i sintomi d'ansietà (per esempio un antidepressivo elimina l'ansietà dovuta a depressione). Un farmaco ansiolitico può essere prescritto sulla base della sua idoneità e delle eventuali interazioni con altri farmaci. In generale gli anziani rispondono agli ansiolitici in modo soddisfacente ma non entusiasmante. Molti pazienti provano sollievo ma non eliminano tensioni e agitazioni e molti sintomi persistono. In genere il trattamento ideale per ansia senza depressione sono le benzodiazepine, meglio quelle ad azione mediabreve (lorazepam, alprazolam) che ad azione lunga (diazepam). Il dosaggio deve essere inferiore a quello dei giovani. Il trattamento può indurre sedazione e condizionare la capacità di guida o di portare a compimento performance fisiche, Peraltro, raramente l'anziano ha una reazione paradossale ai farmaci e diventa più agitato e ansioso. I farmaci neurolettici non devono essere assunti per l'ansia generalizzata a meno che i sintomi siano secondari a forme di psicosi. Questi farmaci possono, infatti, determinare effetti collaterali che complicano il quadro clinico. Tra gli effetti avversi più pericolosi la discinesia tardiva che è spesso irreversibile. Per il trattamento iniziale dei disturbi di panico è, invece, ottimale l'avvio di una terapia con antidepressivi. La psicoterapia può alleviare l'ansietà, sebbene in forma intensiva non sia sempre efficace come auspicato nella popolazione anziana.

Domotica, utenza debole e anziani

M. Belvedere, A. Di Prima, A. Giunta, G. Spatafora, G. Bellavia, C. Aglialoro, S. Cardo Santo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

La domotica e l'ambient intelligence rappresenta un obiettivo di ricerca e sviluppo di medio lungo termine nell'Unione Europea, USA e Giappone che si avvale di competenze multidisciplinari che vanno dalla computer science alla microelettronica, alla meccanica,alla bioingegneria, al design, all'architettura, alle scienze medico-sociali, solo per citarnealcune. Sullo sfondo sta uno scenario dove l'ambiente casa sarà caratterizzato da una presenzatecnologica integrata, ma non intrusiva (computer disappearing), in grado di percepire grazie a sensori multimodali non solo lo stato dell'ambiente ma anche dell'utente e de i suoi bisogni (sensitive) e, grazie a intelligenza distribuita e processi di self learning, ottimizzarne il funzionamento in funzione dei bisogni dell'utente. Si prevede un flusso informativo basato su intranet e Wi Fi per il controllo e l'automazione locale e l'utilizzazione di tecnologie web based per la gestione remota e l'integrazione con servizi esterni dall'e-commerce all'e-care. È in questo quadro, dove l'uomo è posto al centro dello sviluppo tecnologico, che si impongono alcune riflessioni sull'impatto di questi sviluppi nell'evoluzione in atto nei servizi sanitari e sociali.

Domotica e anziani: Nel corso degli anni novanta i principali mutamenti demografici non sono di ordine dimensionale, ma riguardano alcune modificazioni strutturali nella composizione della popolazione e dei nuclei familiari. La riduzione della dimensione media della famiglia (gli ultimi anni hanno evidenziato un incremento della quota di famiglie composte da una persona sola), l'*invecchiamento* della popolazione costituiscono alcuni dei lineamenti essenziali delle recenti modificazioni nella struttura della popolazione. L'impatto di tali tendenze sui modelli di consumo comporta l'avvicendarsi di nuovi modelli di comportamento e di nuovi stili di vita dei consumatori, nei cui confronti, l'offerta industriale soprattutto di beni di consumo, deve adeguarsi. I nuovi bisogni di qualità e funzionalità investono indirettamente sia l'offerta di sistemi tecnologici per l'abitazione che l'offerta del bene casa, entrambi impegnati in un processo di "rivitalizzazione" del ciclo di vita dei prodotti.

L'Italia può essere considerata uno dei Paesi più "vecchi" del mondo con una velocità di invecchiamento seconda solamente a quella del Giappone. Il fenomeno è importante per gli aspetti di modificazione dei modelli di consumo connessi ai comportamenti economici delle famiglie di anziani nonché per i bisogni sociali e sanitari che accompagna questa fascia di popolazione. Non necessariamente anzianità coincide con malattia, disabilità o emarginazione sociale ma certamente l'invecchiamento della popolazione solleva problemi notevoli sul piano dell'assistenza socio-sanitaria. Da qui l'esigenza di ideare nuovi modelli per i servizi di telesoccorso e di teleassistenza a cui le tecnologie della domotica e dell'ambient intelligence integrate nelle strutture sociosanitarie possono offrire soluzioni qualitativamente innovative contribuendo sostanzialmente al miglioramento della qualità della vita in un quadro di contenimento dei costi per una vasta fascia di popolazione.

Bibliografia

Placencia Porrero I, Ballabio E (eds). Improving the quality of life for the European citizen. IOS Press, Assistive Technology Research Series 2005.

Cannara A, Brizioli C, Brizioli E. Progettare l'ambiente per l'Alzheimer. Milano: Franco Angeli, 2004.

Associazione tra estradiolo e sindrome metabolica nella popolazione anziana di sesso maschile: dati dallo studio inCHIANTI

M. Benatti[1], G.P. Ceda[1], F. Lauretani[2], A. Artoni[1], L. Carassale[11], S. Bandinelli[3], G. Paolisso[4], C. Ruggiero[5], G. Valenti[1], L. Ferrucci[6] , M. Maggio[1]

[1]Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma; [2] Agenzia Regionale della Sanità, Firenze; [3] A.S.F. Riabilitazione Geriatrica, Firenze; [4] Cattedra di Gerontologia Dipartimento di Gerontologia e Malattie del Metabolismo II.a Università di Napoli; [5]Istituto di Geriatria e Gerontologia Università di Perugia; [6]Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA

La prevalenza della Sindrome Metabolica (SM) aumenta in corso di invecchiamento ed è stata associata a modificazioni endocrine quali per esempio la riduzione di testosterone. Studi recenti condotti in soggetti di sesso maschile hanno mostrato un'associazione tra bassi livelli di testosterone, insulino-resistenza e sindrome metabolica. Pur tuttavia non è chiaro se sia la riduzione di testosterone in sè o piuttosto l'aumentata conversione periferica di testosterone in estradiolo (espressione dell'incremento dell'attività dell'enzima aromatasi in corrispondenza del tessuto adiposo) ad avere un ruolo prevalente nell'insorgenza della SM nell'uomo. Se dati recenti supportano un ruolo proinfiammatorio dell'estradiolo specie nei soggetti anziani di sesso maschile, tuttavia la relazione tra livelli di estradiolo e SM nel soggetto anziano non è stata mai testata.

Scopo. È stato quello di verificare le modificazioni di estradiolo nei soggetti di sesso maschile di età superiore ai 65 anni ed il ruolo dell'estradiolo nella SM.

Materiali e metodi. *Sono stati selezionati dalla popolazione dello studio InCHIANTI soggetti di sesso maschile di età superiore ai* 65 anni che presentavano dati completi riguardanti estradiolo, testosterone, SHBG ed insulina a digiuno. La SM è stata definita secondo i criteri dell'ATP-III. Estradiolo e testosterone sono stati dosati mediante metodica RIA ultrasensibile. A causa della distribuzione non uniforme dei dati l'estradiolo è stato trasformato in forma logaritmica per l'analisi. Le differenze nei livelli ormonali tra i soggetti con e senza SM sono state testate utilizzando l'ANOVA aggiustata per età. L'Analisi di regressione multivariata è stata utilizzata per testare la relazione tra gli ormoni e la SM dopo aggiustamento per *confounders* quali età, fumo di sigaretta, consumo di alcool ,attività fisica, IL-6 e livelli di insulina a digiuno.

Risultati. SM è risultata presente in 73 uomini (15.8 % del sample). I livelli di Estradiolo non hanno mostrato alcuna modificazione significativa con l'età nei soggetti ultrasessantacinquenni. Sia nel modello age-adjusted sia dopo aggiustamento per confounders, il log(estradiolo) è risultato positivamente associato con la SM ($p<0.001$).

Conclusioni. L'estradiolo risulta fortemente e positivamente associato alla SM in soggetti anziani di sesso maschile. Studi longitudinali serviranno a chiarire il ruolo dell'estradiolo quale predittore di SM in questa popolazione.

Validazione di uno strumento di classificazione del case-mix in 1329 pazienti in assistenza domiciliare

P. Benetollo[1], P. Gallina[2], R. Toffanin[2], P. Paiusco[3], G. Marchetti[1], S. Tabaccanti[4], M. Antoniazzi[4], L. Della Torre[4], M. Pellizzari[1], M. Saugo[1]

[1] ULSS n. 4 Alto Vicentino; [2] ULSS n. 16 Padova; [3] ULSS n. 8 Asolo; [4] ULSS n. 7 Pieve di Soligo

Scopo. La presa in carico di pazienti sempre più impegnativi e gravosi da parte dei servizi di Cure Domiciliari (CD) sollecita i programmatori Regionali, i Dirigenti Aziendali, i Medici di Distretto e gli infermieri di CD a sviluppare sistemi di classificazione del case-mix che consentano di riconoscere i pazienti più gravi, di assicurare equità nell'attribuzione delle risorse e di monitorare in maniera standardizzata gli esiti dell'assistenza. Un progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata (RSF) della Regione Veneto – tuttora in corso – ha affidato alle ULSS 4-8-16 il compito di definire un sistema di raggruppamento dei pazienti in assistenza domiciliare nel Veneto; la ricerca è in corso ed il presente abstract ne documenta lo stato al 30 Giugno 2007.

Materiali e metodi. Nel corso di 3 riunioni tra i Medici di Distretto ed i Coordinatori Infermieristici delle ULSS 4, 8 e 16 è stato definito un questionario di valutazione al baseline dei pazienti in CD. Esso comprende un asse funzionale (Indice di Barthel, Short Portable Mental State Questionnaire), un asse diagnostico (diagnosi prevalente codificata secondo l'International Classification of Primary Care - ICPC), un asse di bisogno di assistenza sanitaria, un asse sociale ed una scheda di rilevazione dei bisogni infermieristici (che sono stati sviluppati ad hoc). La valutazione ricalca l'impianto della Scheda di VAlutazione Multidimensionale dell'Anzaino (SVAMA), che viene correntemente implementata nel Minimum Dataset delle CD del Veneto; essa è stata applicata in maniera completa nei pazienti complessi (valutazione in Unità Valutativa e almeno 4 accessi infermieristici/mese), ed in maniera semplificata nei casi semplici (almeno 2 accessi infermieristici/mese). Sono stati campionati in 8/9 Distretti delle 3 ULSS partecipanti 120 pazienti già inclusi nelle liste delle CD al 01/02/2007 ed i primi 40 pazienti consecutivi arruolati dopo quella data. Il reclutamento è stato completato entro il 15/04/2007; i pazienti arruolati vengono verranno seguiti prospetticamente per 3 mesi, ovvero fino alla chiusura anticipata del follow-up (per decesso, trasferimento, dimissione dal servizio di CD o ricovero ospedaliero). La predittività della valutazione iniziale verrà testata rispetto al numero ed alla durata degli accessi infermieristici effettuati durante il follow-up (in modo da valorizzare specificamente la limitata risorsa infermieristica), e rispetto ai costi totali di assistenza domiciliare.

Risultati. Sono stati reclutati e valutati 1.329 pazienti in CD. L'età media è di 76.7 ± 15.4 anni, la percentuale di donne è pari al 60%. Le percentuali di casi complessi e di casi semplici sono pari rispettivamente al 27.9% ed al 72.1%. Le funzioni motoria e cognitiva sono definite: come normali per l'età (rispettivamente nel 60.3% e nel 29.8% dei casi), moderatamente compromesse (18.7%, 26.8%) e gravemente compromesse (20.9%,43.4%). La diagnosi medica è riconducibile secondo il criterio topografico dell'ICPC a malattie cardiocircolatorie (ICPC K, 28.1%), psichiatriche (P, 9.7%), della pelle (S, 8.6%), del sistema ner-

voso (N, 7.2%), dell'apparato digerente (D, 6.9%), problemi metabolici, endocrini e nutrizionali (T, 6.5%), malattie dell'apparato muscoloscheletrico (L, 5.7%), dell'apparato respiratorio (R, 4.2%), dell'apparato urinario (U, 2.3%) e altro (20.9%). La necessità di assistenza sanitaria è definita bassa (44.3%), moderata (41.1%) e alta (14.6% dei casi). L'attivazione della rete sociale è definita buona nel 87.3% dei casi, discreta nel 10.3% e scarsa nel 2.4%. Il numero medio di bisogni infermieristici è pari a 7.2 ± 4.8. Il numero di accessi dell'infermiere previsto al momento della rilevazione è pari a 7.8 ± 7.0/mese (range 2-32). Il numero degli accessi effettivamente realizzati nella finestra di studio (variabile dipendente, che viene modulata rispetto alla valutazione individuale di ciascun paziente) verrà raccolto alla fine del periodo di follow-up (15/07/2007).

Conclusione. Nel panorama italiano è attualmente disponibile una sola esperienza di classificazione dei pazienti in CD, proveniente dal contesto organizzativo Lombardo. I risultati dell'esperienza veneta, che saranno presentati in occasione del 52° Congresso Nazionale SIGG, permetteranno di sviluppare il dibattito sulle potenzialità ed i limiti dei sistemi classificativi dei pazienti in CD, apportando nuovi dati empirici di valutazione prospettica.

Bibliografia

1. Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M, Fortuna P, Toffanin R, Maggi S, Benetollo P. Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). Tendenze Nuove 2005;2:125-36.
2. Scaccabarozzi G et al. La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare in "La remunerazione delle attività sanitarie". Bologna: il Mulino 2006.
3. Medicare program: Home Health Prospective Payment System Refinement and rate Update of Calendar Year 2007; proposed Rule. Federal Register, May 4, 2007 42 CFR Par 484.

Impatto della scolarità, della solitudine e della depressione sugli apporti alimentari in età geriatrica

M. Benigno, G. Barile, S. Ghiyasaldin, M. Petroi, M. Stella, V. Triggiani[1], C. Sabbà[2], E. Guastamacchia[3], F. Resta

Sezione di Geriatria e Gerontologia-MIDIM; [1]Sezione di Endocrinologia-DACTI; [2] Sezione di Medicina Interna-DIMIMP; [3]Sezione di Endocrinologia-DETO; Università di Bari

Gli apporti alimentari nei pazienti anziani sono fondamentali nel determinare il loro livello nutrizionale, e di conseguenza lo stato di salute. Peraltro, le condizioni socio-culturali e/o le malattie possono influenzare l'introito dei nutrienti. Scopo di questo studio è stato quello di analizzare gli apporti di alimenti in una popolazione anziana pugliese, e di valutare l'impatto della scolarità, della solitudine e della depressione sull'alimentazione.

Sono stati selezionati in modo casuale 188 soggetti anziani non istituzionalizzati, 94 maschi e 94 femmine, di età compresa fra 63 ed 88 anni (media 73,7 anni), tutti autosufficienti. Per la valutazione degli apporti alimentari è stato somministrato un questionario semi-quantitativo delle frequenze alimentari (Winfood®). Per la scolarità, la popolazione è stata divisa in 2 gruppi: bassa (fino alla 5a elementare) ed alta scolarità (dalla 1a media in su). La diagnosi di depressione è stata posta per GDS-short ≥ 9. Non è stata osservata alcuna differenza dell'età fra M ed F.

L'apporto calorico giornaliero cala con l'età (r -0.146, $p < 0.05$) ed è maggiore nei M rispetto alle F ($p < 0.0005$). L'introito di proteine scende di poco con l'età e risulta più elevato nei M ($p < 0.0005$). L'intake di lipidi si riduce all'avanzare dell'età (r -0.152, $p < 0.05$) ed è più alto nei M ($p < 0.03$). L'assunzione di glicidi non varia con l'età ed è maggiore nei M ($p < 0.001$). L'apporto di calcio non si modifica con l'età né è diverso fra i sessi. L'intake di vitamina A non varia con l'invecchiamento e risulta sovrapponibile fra M e F. L'introito di vitamina C scende con l'età (r -0.156, $p < 0.03$) e non risulta diverso fra M ed F. L'apporto di vitamina D non si modifica all'avanzare dell'età ed è maggiore nei M ($p < 0.002$). L'assunzione di vitamina E cala con l'età (r -0.179, $p < 0.01$) e risulta sovrapponibile fra M e F.

L'alta scolarità comporta un maggiore apporto di vitamina C e D ($p < 0.05$ e $p < 0.009$, rispettivamente). Coloro che vivono da soli (22.3% della popolazione) presentano un apporto calorico e lipidico più basso ($p < 0.04$ e $p < 0.03$) ed assumono quantità minori di vitamina C ($p < 0.05$), D ($p < 0.05$) ed E ($p < 0.05$). I depressi introducono meno calorie ($p < 0.05$), lipidi ($p < 0.05$) e glicidi ($p < 0.05$); inoltre, è più basso l'apporto di vitamina A ($p < 0.05$), C ($p < 0.05$) ed E ($p < 0.006$).

Da 63 ad 88 anni si osserva un calo dell'apporto di calorie, lipidi, vitamina C ed E. L'introito di tutti i nutrienti è maggiore nei M anziani. Inoltre, un grado più elevato di istruzione comporta un regime alimentare ottimale, che garantisce un migliore apporto di vitamina C e D. La solitudine degli anziani, oltre che essere frequente, influenza negativamente l'assunzione delle vitamine C, D ed E. È negativo, infine, negli anziani l'impatto della depressione sull'alimentazione, tanto da comportare non solo un ridotto introito di calorie, lipidi e glicidi, ma anche di vitamine A, C ed E, considerate vitamine della longevità.

Ricerca finanziata con Fondi di Ateneo 2006 dell'Università di Bari (F. Resta, C. Sabbà, E. Guastamacchia).

Il paziente fragile in ospedale: come individuarlo e indirizzarlo in un percorso ospedaliero organizzato

E. Benvenuti, G. Gori, S. Giardini, I. Del Lungo, S. Gangemi, M.A. Mencarelli, M. Cadelo, S. Bandinelli

U.O.Geriatria Azienda Sanitaria Firenze

L'identificazione del profilo caratteristico del paziente anziano che necessita di ricovero ospedaliero, uno degli obiettivi primari della geriatria, e' reso difficile dalla grande eterogeneità della fisionomia dei reparti di geriatria nel territorio Italiano. La difficoltà di stabilire un profilo chiaro basato su criteri razionali ben definiti e facilmente acquisibili e' forse l'ostacolo più importante alla crescita della geriatria clinica come scienza e come specialità medica. Un'ampia letteratura ha evidenziato che tra i pazienti anziani, quelli "fragili" traggono vantaggio massimo da un

approccio diagnostico e terapeutico multidimensionale Il paziente fragile sembrerebbe, quindi essere il target verso cui concentrare tutte le energie. Stabilire i criteri utili alla selezione di questa tipologia di pazienti semplificherebbe grandemente l'implementazione di percorsi idonei per l'azione efficace in ottica sia clinica che funzionale. Il problema contingente è come identificare il paziente anziano fragile nel momento in cui giunge al Pronto Soccorso per un evento/patologia acuta. Utilizzando le informazioni relative a pazienti ricoverati nel reparto di Geriatria della ASF Firenze nel I° semestre 2007, abbiamo cercato di identificare nella popolazione proveniente dal DEA-Degenza Breve, coloro che potrebbero considerasi "fragili" (1, 2).
Nel periodo Gennaio-Giugno 2007 sono stati ricoverati 256 pazienti (109 uomini e 147 donne), 215 dei quali di età superiore a 75 anni. Il 60% della popolazione era rappresentata da persone perfettamente autonome (60%) o gravemente disabili (40%). Considerando che solo il 6% di coloro che avevano all'ammissione un Barthel Index (BI) < 20/100 ed un MMSE < 11/30, aveva un livello funzionale significativamente superiore prima dell'evento acuto recente (considerato come superiore o uguale a 80/100, il peggioramento è stato determinato da patologie quali ictus, scompenso cardiaco, riacutizzazione broncopatia), abbiamo scelto di considerare fragili i soggetti con BI compreso tra 40 e 80/100 ed un MMSE > 11/30. In questo soggetti abbiamo anche pensato ad un percorso diagnostico e terapeutico basato sulla valutazione multidimensionale.
È stata quindi definita e condivisa dai colleghi della Geriatria una griglia per la definizione del profilo del paziente anziano fragile da inviare nel reparto geriatrico, assumendo informazioni dal paziente e/o dal proxy.
Criteri raccomandabili:
- Età: superiore a 75 anni;
- Numero di malattie presenti: > 3;
- BI anamnestico: compreso tra 40 e 80/100;
- Primi 2 item del MMSE: superiori a 5/10.

Alla luce della riorganizzazione ospedaliera secondo il modello della Intensità di Cura, anche l'UO di Geriatria della Azienda Sanitaria di Firenze subirà una ristrutturazione a partire dal gennaio 2008.
L'importanza di identificare l'intervallo funzionale del Paziente deriva dalla necessità da un lato di contrastare il rischio di disabilità e dall'altro di utilizzare correttamente le risorse disponibili indirizzando, dopo stabilizzazione clinica, il soggetto in base al grado suo recupero funzionale. Potranno delinearsi quindi due scenari:
- se si ottiene una ripresa in termini clinici ma sussiste uno stato di "fragilità" (documentato anche con test di performance quali la l'SPPB – Short Performance Physical Battery) (3, 4) con un recupero in termini funzionali sovrapponibile a prima dell'evento acuto, occorrerà dare indicazioni per una riattivazione da iniziare già in ospedale e continuare sul territorio;
- altrimenti, se si ha un recupero significamene inferiore a quello precedente l'evento acuto, il paziente segue oltre ad un iter clinico specifico (per patologia/condizione/sindrome) anche un programma fisioterapico individuale, da continuare in strutture intermedie o sul territorio. Lo stesso iter, parallelamente, è seguito per la valutazione dello stato nutrizionale, utilizzando il Mini Nutritional assessment (MNA). Conclusioni. il futuro della geriatria si gioca sulla capacità di rispondere in modo multidimensionale ai molteplici problemi del paziente anziano "fragile". La costituzione di percorsi sanitari predeterminati capaci di seguire il paziente nella rete territoriale è un modello indispensabile. È necessario inoltre che nasca un confronto fruttuoso ed aperto tra le varie geriatrie italiane per dare un volto unico alla geriatria medesima, per definire criteri sempre più appropriati di accesso.

Bibliografia

1. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People. J Gerontol A Biol Sci Med 2007;62:738:43.
2. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful. Age Ageing 2005:5:432-4.
3. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 1995 Mar 2;332:556-61.
4. Rockwood K, Mitnitski A, Song X, Steen B, Skoog I. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. J Am Geriatric Soc 2006;54:975-9.

Il paziente con malattia di Alzheimer nell'ospedale per acuti: caratteristiche cliniche ed outcomes

A. Bianchetti, A. Marengoni, A. Padovani, G. Romanelli, M. Trabucchi

Centro Universitario per lo Studio delle Malattie Cardiorespiratorie e dei Deficit Cognitivi in Età Geriatrica, Università di Brescia

Background. I pazienti affetti da demenza ricoverati in ospedale per acuti presentano una prognosi peggiore e un aumentato rischio di complicanze. Le metodologie di valutazione, l'approccio clinico e gli outcome sono specifici per questi pazienti.
Scopi. Analizzare i fattori sociali, clinici e gli outcome associati all'ospedalizzazione di pazienti dementi ricoverati in reparti per acuti di medicina, geriatria e neurologia.
Metodi. Uno studio preliminare condotto su 2231 pazienti anziani ricoverati consecutivamente in un reparto di medicina e di geriatria nel 2005 ha permesso di osservare come il 20% dei pazienti risultasse affetto da demenza clinicamente significativa. Questi soggetti sono risultati più disabili, con maggiore comorbidità e con outcomes peggiori (il RR di mortalità intraospedaliera è 3.0 e quello di mortalità a 6 mesi 2.1). È stato perciò avviato uno studio su ampia scala coinvolgente tutti i pazienti ricoverati pressi i reparti per acuti di medicina, geriatria e neurologia con età superiore od uguale a 65 anni per i quali vengono valutati: le funzioni cognitive (tramite il Mini Mental State Examination), il livello funzionale (le Instrumental Activity of Daily Living - IADL, e le Basic Activity of Daily Living - ADL), il peggioramento funzionale dovuto all'evento acuto e le modificazioni durante il ricovero (la compromissione nelle ADL dovute alla patologia acuta verrà misurata come la differenza fra le performance al Barthel Index (BI) all'ammissione e due settimane prima del ricovero; per de-

terminare il recupero funzionale verrà calcolata la differenza fra il BI all'ammissione e alla dimissione), il numero e la severità delle patologie somatiche (attraverso il Charlson Index e l'Acute Physiology Score (APS) e l'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), indicatori clinici e biologici di fragilità (Body Mass Index e albumina plasmatica). Verranno inoltre valutate la presenza, il numero e le eventuali complicanze delle cadute, la comparsa di delirium incidente e prevalente, le modalità di dimissione (rientro al domicilio, ADI, riabilitazione, RSA), la mortalità intraospedaliera e a 6 mesi.

Risultati. I dati preliminari permettono di evidenziare come analizzando le SDO la diagnosi di malattia di Alzheimer viene formulata nel 7% dei casi (nel 40% si trattava della prima diagnosi), mentre le altre forme di demenza vengono codificate nel 13% dei casi (quasi esclusivamente come diagnosi secondaria).

I pazienti con demenza risultano essere più vecchi (età media 84.2 ± 6.9 *vs.* 79.2 ± 7.1, p < 0001), con una maggiore comorbilità, più disabili all'ammissione (numero di funzioni perse nelle IADL 6.2 ± 2.5 *vs.* 2.9 ± 2.9, p < 0.001; BI all'ammissione 28.9 ± 29.6 *vs.* 69.6 ± 30.6, p < 0.001) e con un maggiore declino funzionale come conseguenza dell'evento acuto.

Conclusioni. I pazienti con demenza sono ricoverati in reparti per acuti per patologie più gravi rispetto ai soggetti non dementi o con gradi di deterioramento cognitivo più lieve. Lo studio permetterà di meglio caratterizzare gli outcomes del ricovero in reparti per acuti dei soggetti con demenza al fino di migliorarne l'approccio clinico.

Intervento nutrizionale enterale nella demenza: selezione dei pazienti

S. Boffelli, G. Barbaglio, P. Barbisoni, M. Ferri, A. Giordano, C. Mattanza, A. Ricci, I. Sleiman, N. Travaglini, R. Rozzini, M. Trabucchi

Dipartimento di Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatria, Brescia

Scopo. Lo stato nutrizionale è un fattore fondamentale nella cura del paziente anziano affetto da demenza, in particolare se affetto da deterioramento cognitivo severo. Non sono presenti al momento linee guida standardizzate per la nutrizione nella demenza avanzata, anche a causa della complessità e dell'eterogeneità biologica e clinica. Il primo passo per affrontare il problema dell'alimentazione nella persona affetta da demenza, è la valutazione dello stato nutrizionale e dei fattori di rischio di ulteriore malnutrizione (1). Inoltre, l'intervento dovrebbe essere basato sulla prognosi. Scopo dello studio è di presentare i dati di un intervento nutrizionale, dal gennaio 2000 al mese di aprile 2007.

Materiali e metodi. sono stati introdotti nello studio e sottoposti a valutazione tutti i pazienti consecutivamente ricoverati nel Dipartimento di Geriatria dell'Ospedale "Poliambulanza" di Brescia che presentassero disfagia (n. 326). I pazienti sono stati sottoposti a valutazione dello stato nutrizionale (peso, albuminemia, colesterolemia), della disfagia e della sua causa principale (demenza oppure altra patologia). All'ingresso venivano inoltre valutati: funzioni cognitive (Mini Mental State Examination-MMSE) (2), stato funzionale (Barthel Index) (3); numero di malattie e di farmaci assunti; diagnosi; presenza di lesioni da decubito; durata della degenza. Nei pazienti cui veniva posizionata la PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea) i dati di outcome considerati sono: mortalità intraospedaliera, a medio e lungo termine dopo la dimissione; durata del trattamento con PEG; comparsa di polmoniti ab ingestis e di lesioni da decubito dopo il posizionamento della PEG. L'obiettivo dichiarato era di utilizzare la PEG prevalentemente per alimentazione e non per palliazione (cioè somministrazione di liquidi e farmaci: 4/23 pazienti). L'analisi statistica è stata effettuata con SPSS Rel. 9.0 (4).

Risultati. I pazienti affetti da disfagia severa e meritevoli di intervento nutrizionale enterale (NET) (criteri di inclusione: disfagia severa, iniziale malnutrizione, primi episodi di polmonite ab ingestis) sono 23: in generale, la PEG veniva posizionata dopo un mese di trial nutrizionale con SNG (sondino naso-gastrico). A 280 pazienti (disfagia di grado lieve) è stata indicata la sola dieta per disfagici, mentre 33 pazienti sono stati esclusi dal trattamento con PEG in quanto in fase terminale (prognosi stimata inferiore a sei mesi). I 23 pazienti, prevalentemente maschi (65%), di età media 74.8 + 10.1 anni, presentano un deficit cognitivo di grado severo (MMSE 3.3 + 8.9), con grave compromissione nelle BADL (Barthel Index 10.9 + 5.0) all'ingresso. Sono stati identificati due sottogruppi: 11 pazienti con disfagia da demenza e 12 con disfagia da altra causa (prevalentemente neoplasia o ictus). Lo stato nutrizionale ed il numero di lesioni da decubito all'ingresso depone per una iniziale compromissione nutrizionale e per una condizione di malattia non terminale (albumina 3.2 + 0.5, lesioni da decubito presenti nel 26%). Tutti i pazienti dementi vengono dimessi al domicilio dove hanno proseguito la nutrizione enterale, contro il 50% dell'altro gruppo (dimessi in struttura protetta). La durata media dell'alimentazione enterale è di circa 20 mesi; tuttavia, la mortalità intraospedaliera è significativamente inferiore nei pazienti affetti da demenza (9 *vs.* 25%); tale rapporto si mantiene anche nel medio (6 mesi: 27 *vs.* 50%) e lungo termine (tre anni: 45 *vs.* 75%). Al contrario, le complicanze a lungo termine (polmoniti e lesioni da decubito) non si riducono rispetto all'ingresso in ospedale.

Conclusione. Lo studio dimostra che l'identificazione di alcuni fattori prognostici negativi (quali disfagia severa, iniziale malnutrizione e primi episodi di ab ingestis) è di fondamentale importanza per definire il momento in cui la scelta dell'intervento di nutrizione enterale sia appropriata ed efficace, anche a lungo termine. La precoce selezione dei pazienti (eliminando dalle indicazioni alla PEG i malati con disfagia lieve e quelli in fase terminale) permette di effettuare un intervento clinico che modifica la sopravvivenza, in contrasto con quanto finora rilevato dalla letteratura (5).

Bibliografia

1. Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Nutritional intervention in special care units for dementia. JAGS 2004;52:1216-7.
2. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. "Mini- Mental State": a practical method for the clinician. J Psychiat Res 1975;12:189-98.
3. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-5.

4. Statistical Package for the Social Sciences. Rel. 9.0. Chicago (Ill.), 2000.
5. Braun U. Malnutrition in patients with severe dementia: is there a place for PEG tube feeding? Annals of Long-term Care 2001;9:47-55.

La gestione dell'ictus cerebrale prima, durante e dopo: studio osservazionale

O.F. Bollella[1 2], D. Recchi[1], M. G. Di Niro[1], G. Corbi[2], P. Martone[1], N. Ferrara[2]

[1] UOC Geriatria- Osp. Cardarelli- Campobasso; [2] Università degli Studi del Molise -Dipartimento di Scienze per la Salute

Scopo. L'ictus cerebrale rappresenta la 1ª causa di disabilità e tra le principali cause di mortalità nella popolazione anziana. In particolare il tasso di prevalenza nella popolazione anziana italiana è pari al 6,5%, con un'incidenza che aumenta progressivamente con l'età, e con il 75% degli ictus che interessa soggetti di oltre 65 anni. Scopo dello studio è stato analizzare la gestione dei pazienti anziani ricoverati per ictus cerebrale presso l'Unità Operativa (UO) di Geriatria dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso nell'arco di un anno.
Materiali e metodi. La popolazione di studio era costituita da 107 pazienti (44% Maschi e 56% Femmine; età media di 79.9 ± 7.6 anni), ricoverati consecutivamente presso l'UO di Geriatria. In tutta la popolazione di studio sono stati valutati i fattori di rischio, la comorbilità, la terapia farmacologica domiciliare precedente l'evento acuto, il trattamento terapeutico e assistenziale intraospedaliero (nutrizione artificiale, cateterismo vescicale, O_2 terapia, utilizzo di presidi antidecubito, svolgimento di FKT), la disabilità, la prescrizione dei farmaci alla dimissione. Inoltre è stato valutato l'esito del ricovero, come mortalità e dimissione al domicilio o ad un Centro di Riabilitazione, con specifica, nel caso di dimissione al domicilio di attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI), o Riabilitazione domiciliare. I pazienti reclutati sono poi stati suddivisi in tre gruppi in base all'età: gruppo I con età < 75 anni, II con età tra 75 e < 85anni e III > 85 anni.
Risultati. Il gruppo I comprendeva 26 pazienti (24%), il II 53 (50%) ed il III 28 (26%). Dall'analisi dei dati è emersa una comorbilità nella popolazione globale di 3.19 ± 1.38, senza differenze statisticamente significative tra i diversi gruppi. Le principali complicanze intraospedaliere riscontrate sono state: febbre (27%), infezione delle vie urinarie (14%), polmonite (6.5%), piaghe da decubito (3.7%) ed embolia polmonare (0.9%). La mortalità intraospedaliera totale è risultata pari al 18%, con un picco del 32% negli ultraottantacinquenni, un minimo (11%) nel gruppo II ed un valore intermedio (15%) nel gruppo I. Inoltre, la comorbilità non sembrava condizionare la mortalità sia nella popolazione in toto sia dopo stratificazione per età. La disabilità alla dimissione, valutata con la scala di Rankin, è risultata essere *grave* nel 42% della popolazione studiata (con percentuali del 19%, 47% e 55% rispettivamente nel I, II e III gruppo), *moderata* nel 21% (24%, 24% e 10% rispettivamente nel I, II e III gruppo) e *lieve* nel 37% (rispettivamente 57%, 29% e 25% nel I, II e III gruppo). Infine, per quanto concerne le varie modalità di dimissione, nella popolazione totale il 37% è stato trasferito a Centri di Riabilitazione, il 63% al domicilio, in quest'ultimo caso con attivazione di Riabilitazione domiciliare nel 19% e di ADI nel 7%. Dopo stratificazione per età si evidenzia come il gruppo II usufruisse maggiormente della riabilitazione rispetto agli altri (42% *vs.* 33% e 26% rispettivamente nel gruppo II *vs.* I e III), mentre la maggior percentuale di pazienti inviata a domicilio apparteneva al gruppo III (74% *vs.* 67% e 58% rispettivamente nel gruppo III *vs.* I e II), anche in correlazione al maggior grado di disabilità registrato in questo gruppo, come evidenziato dalla maggiore necessità di attivazione dell'ADI (29% *vs.* 0% e 0% rispettivamente nel gruppo III *vs.* I e II).
Conclusione. I nostri dati confermano che l'Ictus Cerebri rappresenta un evento che, oltre a presentare una elevata mortalità in tutte le classi di età geriatrica, si correla ad una elevato indice di disabilità che comporta un notevole carico assistenziale. Tale disabilità non può che essere trattata attraverso una rete assistenziale ospedaliera ed extraospedaliera a forte contenuto riabilitativo.

Ruolo del sistema ubiquitina proteasoma nella instabilità della placca aterosclerotica

C. Bologna, F. Di Pasquale, E. Quaranta, S. Attanasio, R. Grella, B. Grella, V. D'Alessandro, A.M. Abbatecola, R. Vestini, M.R. Rizzo, M. Barbieri, R. Marfella

VI Divisione di Medicina Interna e malattie nutrizionali dell'invecchiamento, Seconda Università degli studi di Napoli, Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo

Scopo. Abbiamo vautato l'attività del sistema ubiquitina-proteasoma nelle placche carotidee di pazienti asintomatici e sintomatici e gli effetti del rosiglitazone, un attivatore del PPAR-gamma in placche sintomatiche. Il ruolo del sistema ubiquitina-proteosoma, la più importante via per la degradazione non lisosomiale delle proteine intracellulari nelle cellule eucariotiche, nella progressione delle placche ateosclerotiche verso l'instabilità, non è chiara.
Materiali e metodi. Le placche sono state ottenute da 40 pazienti sintomatici e 38 asintomatici sottoposti a TEA. I pazienti sintomatici hanno ricevuto 8 mg di rosiglitazone (n = 20) o placebo (n = 20) per 4 mesi prima della TEA programmata. Le placche sono state analizzate per macrofagi (CD68), linfociti T (CD3), cellule infiammatorie (HLA-DR), attività del sistema ubiquitina-proteosoma, NFkB, ikB-beta, nitrotirosina, MMP-9, contenuto di collagene (immunoistochimica ed ELISA).
Risultati. Confrontate con le placche asintomatiche, le placche sintomatiche avevano più macrofagi, linfociti T e cellule HLA-DR + ($p < 0,001$); più attività del sistema ubiquitina-proteosoma e NFkappaB ($p < 0,001$) e maggior numero di marcatore dello stress ossidativi (nitrotirosina e produzione di radicali liberi dell'ossigeno) e MMP-9 ($p < 0,001$) insieme ad un minor contenuto di collagene e livelli di IkappaB-beta ($p < 0,001$). Comparate alle placche trattate con placebo, le placche sintomatiche trattate con rosiglitazone presentano un minor numero di cellule infiammatorie ($p < 0,01$), minor livello di ubiquitina, proteosoma 20S e NFkappaB ($p < 0,01$), minor quantità di nitrotirosina e produzione di radicali di ossigeno ($p < 0,01$) e un maggior contenuto di collagene ($p < 0,01$), indicativi di un fenotipo di placca più stabile.

Conclusione. L'iperattività del sistema ubiquitina-proteosoma è associata ad una maggiore reazione infiammatorie nelle placche sintomatiche. L'inibizione del sistema ubiquitina-proteosoma in lesioni sintomatiche mediante l'uso di rosiglitazone è associato ad una stabilizzazione della placca, probabilmente attraverso una minore attivazione delle vie infiammatorie mediate dall'NFkB.

Bibliografia

1. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, et al. Analysis of pooled data from the randomised controlled trials of endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. Lancet 2003;361:107-16.
2. Golledge J, Greenhalgh RM, Davies AH. The symptomatic carotid plaque. Stroke 2000;31:774-81.
3. Lutgens E, van Suylen RJ, Faber BC, et al. Atherosclerotic plaque rupture: local or systemic process? Arterioscler Thromb Vasc Biol 2003;23:2123-30.
4. van der Wal AC, Becker AE, van der Loos CM, et al. Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology. Circulation 1994;89:36-44.
5. Herrmann J, Ciechanover A, Lerman LO, Lerman A. The ubiquitinproteasome system in cardiovascular diseases—a hypothesis extended. Cardiovasc Res 2004;61:11-21.
6. Hershko A, Ciechanover A, Varsha*v*sky A. Basic medical research award. The ubiquitin system. Nat Med 2000;6:1073-81.

Arteriopatia Obliterante Periferica (AOP) in soggetto con Sindrome di Leiden

E. Bonacci, G. Sgrò[1], G. Bianco, A. Pantusa

UO Geriatria PO Pugliese, Catanzaro; [1]Fondazione Betania Onlus Centro Polivalente Anziani, Catanzaro

Sindrome di Leiden, resistenza alla proteina C attivata, o mutazione Leiden del fattore V, sono tutti sinonimi e si riferiscono alla più frequente causa ereditaria che predispone alla trombosi venosa profonda. La causa della malattia risiede in una singola mutazione nel nucleotide del gene del fattore V della coagulazione, rendendolo resistente alla proteina C attivata. Nella popolazione europea circa il 5% dei soggetti sono eterozigoti, portatori della mutazione leiden, che è responsabile di circa il 90% delle resistenze ereditarie alla proteina C attivata. Il 20-40% dei pazienti con trombosi venosa profonda sono portatori di almeno una mutazione leiden. La Sindrome di Leiden è una patologia relativamente comune, si stima che in Italia il 3-4% della popolazione è portatrice di una mutazione.
La diagnosi viene posta sottoponendo i soggetti sospettati di Sindrome di Leiden, ad un test funzionale che prevede l'aggiunta, al plasma, di Proteina C attivata, ed osservando che non si ha nessun prolungamento del tempo di tromboplastina attivato (aPTT). La sindrome di Leiden può essere sospettata in soggetti che abbiano avuti episodi trombotici specie se ricorrenti e con storia familiare positiva per TVP, embolie polmonari, tromboflebiti degli arti inferiori senza varici ect.
Caso clinico. Uomo di 72 anni, giunge alla nostra osservazione a causa di forte dolore agli arti inferiori con difficoltà alla deambulazione, presenza di lesioni distrofiche del piede, affetto già da Diabete Mellito tipo 2, pregresso Ictus cerebri, Aritmia da Fibrillazione striale, Ipertensione arteriosa. Esami ematochimici: VES 5; Emocromo: Hb 15.5, GR 5.18, HCT 44.7, GB 9.8, N 64.1, L 23.3, M 6.5, E 3.3, B 0.6, MCV 86.3, PLT 10,9; azotemia 47, glicemia 170, creatininemia 1.1, calcemia 9.2, Na 140, K 4.5, Proteine totali 7.1, albuminemia 4.4, Tempo di Quik 95.1, INR 1.09, aPTT 28, Fibrinogeno 378, Colesterolo tot 130, Trigliceridi 234, Uricemia 7.80, Sideremia 87, GOT 13, GPT 14, FA 84, GGT 11, Bilirubina tot 0.48, Bilirubina dir 0.14; HbA1c 7.66; QSP: n.d.r.
È stato effettuato il Test Funzionale con l'aggiunta di proteina C attivata che non produceva allungamento del Tempo di Tromboplastina Parziale Attivato (aPTT).
Durante la degenza ha eseguito i seguenti esami strumentali. Rx Torace: non presenti segni di affezioni pleuroparenchimali in atto, presente un rinforzo della trama bronco-vasale, aortosclerosi, immagine cardiaca con accentuazione del 3° arco di sx. Ecocardiogramma: normali dimensioni cavitarie e spessori parietali del ventricolo Sx, cinetica globale conservata, importante calcificazione delle semilunari aortiche con ridotta escursione sistolica delle stesse e determinanti stenosi aortica di grado moderato, associata a lieve insufficienza, calcificazione dell'annulus e del lembo posteriore mitralico; al colordoppler presente disfunzione diastolica di 1° grado e lieve rigurgito mitralico, PAPs nei limiti. Ecocolordoppler arti inferiori: Arterioso – flusso non campionabile nell'arteria tibiale posteriore sx come per occlusione, pervio il restante circolo arterioso; Venoso – circolo venoso superficiale e profondo bilateralmente pervio senza segni di trombosi, incontinenza delle vene femorali comuni. La consulenza di Chirurgia Vascolare conferma l'AOP sx e consiglia di eseguire Arteriografia, che il paziente rifiuta.
È stato sottoposto a terapia con eparina a basso peso molecolare e programmato ricovero in DH per effettuare ciclo di trattamento di 12 giorni con Iloprost 50 con pompa d'infusione a siringa.
Conclusione. Vista la diagnosi di Sindrome di Leiden ci saremmo aspetti di trovare nel nostro paziente una TVP e non una AOP. Comunque bisogna tenere in considerazione che sono presenti fattori di rischio come diabete mellito, ipertensione e fumo di sigaretta determinanti nella patogenesi dell'AOP, e che il paziente ha già avuto un evento cerebrovascolare.
Possiamo escludere con certezza una connessione tra Sindrome di Leiden ed AOP?
Sarebbe interessante promuovere uno studio in questa coorte di pazienti per cercare di capire se il collegamento tra le due condizioni è casuale oppure possa esistere un legame nella loro patogenesi.

Si possono ridurre le infezioni ospedaliere?

M. Boni, D. Broch, F. Carbonaro, S. Minervini, S. Patelli, M. Saiani, S. Scarabello Vettore, L. Collini[1], P. Gualdi[1], M. Schinella[1], G. Mariotti[2], R. Girardello

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria, [1]Laboratorio di Chimica Clinica e Microbiologia; [2]Direzione Medica Ospedale di Rovereto

Introduzione. Per Infezione Ospedaliera (IO) si intende un'infezione che insorge durante il ricovero in ospedale, o dopo che il paziente è stato dimesso, e che non era clinicamente manifesta né in incubazione al momento dell'ammissione in ospedale. Negli ultimi anni il concetto di IO è stato ampliato per cui attualmente sotto questo termine si includono "tutte le infezioni correlate a processi assistenziali (ICPA), anche non strettamente ospedalieri, compresa la prevenzione del rischio biologico per il personale sanitario". In un precedente lavoro[(1)] abbiamo presentato il monitoraggio delle I.O. nel nostro reparto, attuato con il sistema informatico VIGI@ct, sottolineando la rilevanza delle infezioni urinarie, che nel 2005 hanno costituito il 92% delle I.O. nelle pazienti ricoverate.

Scopo del progetto. Vista la rilevanza e la portata del problema, ci è parso utile avviare una serie di progetti formativi ed operativi con l'obiettivo di migliorare le tecniche e la qualità dell'assistenza, nonché l'integrazione tra le varie figure professionali che si trovano ad operare sul paziente anziano ricoverato. Nei primi mesi del 2006 abbiamo predisposto il protocollo multidisciplinare "*misure di prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nel paziente ricoverato presso l'U.O. di Geriatria dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto*" suddiviso in 10 capitoli: 1) Introduzione (Definizione delle IO, metodi mirati a ridurre l'utilizzo del catetere vescicale a permanenza, raccomandazioni dei C.D.C.). 2) Misure preventive delle infezioni delle vie urinarie nel paziente ricoverato (toilette genito-urinaria, metodica del cambio del pannolone). 3) Indicazioni al cateterismo urinario. 4) Alternative al cateterismo urinario. 5) Gestione del catetere vescicale. 6) Procedura di posizionamento del catetere vescicale a permanenza a due operatori. 7) Procedura per il lavaggio vescicale. 8) Procedura per l'irrigazione vescicale. 9) Igiene delle mani. 10) Allegati-Schema per il lavaggio delle mani.

Risultati. Nel periodo aprile-maggio 2006 sono stati effettuati 4 incontri di presentazione, discussione e condivisione del documento a cui hanno partecipato tutti gli operatori sanitari che prestano servizio nell'U.O. (Dirigenti Medici, Infermieri professionali, OSS). Con il 1° giugno del 2006 si è dato il via all'applicazione del protocollo. Nei primi mesi di quest'anno sono pervenuti i dati relativi alle I.O. del 2006. Su un totale di 258 I.O. confermate, l'U.O. di Geriatria ne ha contate 71, lo stesso numero dell'anno precedente: in 6 pazienti si sono avute 2 infezioni urinarie di origine nosocomiale. Il tasso annuale di incidenza, su un totale di 1092 ricoveri, è stato del 9%.

Le infezioni ospedaliere urinarie contratte durante la degenza sono state per l'85% appannaggio dei portatori di catetere vescicale e, tra questi, il sesso femminile, è risultato il più interessato. Nella Tabella 1 sono presentate le infezioni urinarie insorte prima e dopo l'introduzione operativa del protocollo per la gestione del catetere vescicale in reparto.

Tab. I. I.O. urinarie nella UO di Geriatria prima e dopo l'introduzione del protocollo di prevenzione

	Gennaio Giugno	Maggio Dicembre
Ricoveri	484	608
Infezioni urinarie ospedaliere	33	27
Tasso percentuale	6,8%	4,4%

Discussione. Dopo l'applicazione operativa del protocollo per la prevenzione delle infezioni urinarie e la corretta gestione del catetere vescicale si è assistito ad una importante e statisticamente significativa riduzione delle infezioni delle vie urinarie, ($p < 0.05$). È in corso l'aggiornamento del protocollo alle più recenti linee guida Aziendali e la sua condivisione con altre UU.OO. Con la nostra esperienza ci sembra di aver documentato come una più approfondita informazione sui rischi infettivi e sulle corrette metodiche igienico-asssistenziali e preventive, ed una migliore collaborazione ed integrazione tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di cura, possano portare a significativi risultati nella riduzione delle infezioni ospedaliere.

Bibliografia

Boni M, Pitteri A, Minervini S, Gualdi P, Collini L, Schinella M, Mariotti G, Girardello R. Monitoraggio e tipologia delle Infezioni nosocomiali nell'ospedale di Rovereto: focus sulle infezioni urinarie. 51° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 29 novembre - 3 dicembre 2006.

Il dolore nell'anziano: 4 anni di osservazione in RSA

R. Borri, A. Heydari, E. Aprile, M. Karimi

RSA "La tua casa", Cigognola, Pavia

Oggetto. Il dolore è uno dei sintomi più rilevanti di malattia, sia per l'impatto sulla qualità di vita del soggetto che ne soffre, sia per le caratteristiche di presentazione che può assumere come sintomo di malattie di diversa gravità (infezioni, tumori, traumi, ecc.), che per la risposta al trattamento. Solitamente le presenza di dolore cronico si ripercuote sul tono dell'umore e quindi sullo stile di vita del soggetto affetto, che per necessità autolimita le proprie attività. Inoltre, la maggior parte dei farmaci analgesici e antidolorifici presenta effetti collaterali anche gravi, di cui è necessario informare il paziente e di ci si deve tenere conto nella scelta terapeutica anche per le possibili interazioni con altri farmaci.

Materiali e metodi. Abbiamo voluto analizzare la presenza di dolore in anziani ricoverati dal gennaio 2003 al giugno 2007 nella nostra RSA, che ospita 97 anziani, suddividendo le patologie dolorose in tre grandi classi: 1) oncologiche: tutti i tipi di tumore, 2) artrosiche: comprendente artrosi generalizzata e localizzata, crolli vertebrali, ecc. 3) neurologiche: algie centrali, sofferenze nervose periferi-

che. Sono stati considerati, in base agli step terapeutici consigliati dall'OMS, i dati relativi all'utilizzo delle seguenti categorie di farmaci:
A) oppiodi maggiori: morfina in fiale e compresse a rilascio prolungato (cp rp) ai vari dosaggi, B) oppiodi minori. Fentanyl in cerotto transdermico, buprenorfina cloridrato cp rp, C)oppiodi di sintesi: Tramadolo in gocce e cp rp in vari dosaggi, D)FANS: diclofenac (fiale e cp), ibuprofene (cp), nimesulide (bustine), E) paracetamolo, F) gabapentin
Inoltre sono stati considerati anche il numero e tipo di terapie fisiche (TENS, ionoforesi, magnetoterapia, massoterapia) utilizzate a scopo antalgico.
Risultati. Nell'arco di tempo considerato sono stati ricoverati 350 anziani, per periodi di tempo variabili. 1) patologie oncologiche: 3 soggetti neoplastici in fase terminale già in terapia con oppiodi maggiori all'atto del ricovero, 1 con fentanyl cerotto, 4 sono arrivati al trattamento con morfina durante il ricovero, 8 sono stati trattati con tramadolo, 16 trattati con FANS e paracetamolo; 2) patologie artrosiche: circa 250 soggetti ha presentato durate il ricovero dolore occasionale di durata variabile riferibile a patologie di tipo artrosico ed è stato trattato con FANS, paracetamolo, terapia fisica; 3) neurologiche: 1 soggetto con algie centrali in trattamento con buprenorfina già all'atto del ricovero, 1 affetto da sindrome algica in sclerosi multipla trattato con paracetamolo e gabapentin, 3 trattati positivamente con gabapentin per nevralgie postherpetiche, 1 trattato positivamente con gabapentin per dolore neurogenico. Non si sono verificati episodi di interazioni farmacologia negativa. Sono state effettuati annualmente circa 500 trattamenti di terapia fisica di cui 40% TENS,1% ionoforesi, 59% magnetoterapia, e circa 100 prestazioni annuali di massoterapia antalgica.
Conclusioni. Il tipo di dolore più frequentemente riscontrato nella nostra casisitica è stato quello di origine artrosica e la terapia analgesica più utilizzata è il paracetamolo, conformemente alle linee guida, in quanto risulta essere efficace e maneggevole anche in soggetti anziani fragili con polipatologia. Molto utilizzate anche le terapie fisiche a scopo antalgico, spesso applicabili in presenza di controindicazioni per la terapia farmacologica. L'obiettivo principale è stato il rapido ed efficace controllo della sintomatologia dolorosa, per il miglioramento della qualità di vita.

Studio osservazionale improve: caratteristiche demografiche considerate per la somministrazione di BIAsp 30

V. Borzì[1], M. Boemi[2], F. Chiaramonte[3], C. Giorda[4], P. Mattei[5], A. Tribulato[6], A. Bulotta[7], L. Vitali[7]; in nome del gruppo di studio italiano IMPROVE

[1]Divisione I Medicina Azienda Ospedale Vittorio Emanuele (CT), [2]U.O. Diabetologia INRCA (AN), [3]U.O.C. Diabetologia Ospedale Santo Spirito RME, [4]Servizio Diabetologia Ospedale Maggiore (Chieri), [5]Distretto Sanitario 53 Centro Diabetologico C5(NA), [6]U.O. Nefrologia Ospedale Maggiore (Modica), [7]Medical and Regulatory Affairs Novo Nordisk Farmaceutici

Scopo. L'incidenza e la progressione delle complicanze correlano con il controllo glicemico e i bassi livelli di HbA_{1c} sono associati ad una riduzione del rischio. Recenti studi hanno evidenziato che sia la glicemia a digiuno che quella post-prandiale contribuiscono nella definizione dei livelli di HbA_{1c}. Pertanto è importante sottoporre a monitoraggio non solo la glicemia a digiuno ma anche quella post-prandiale in modo da raggiungere i massimi benefici. NovoMix® 30 è una formulazione a doppio rilascio composta da insulina aspart libera solubile (30%) e da cristalli di insulina aspart protaminata (70%). La componente di aspart libera solubile è assorbita rapidamente per rispondere al fabbisogno di insulina del pasto, mentre l'insulina protaminata è rilasciata più lentamente ed ha una azione prolungata. In pazienti con diabete di tipo 2 in fallimento secondario, frequentemente si associa alla terapia orale un'iniezione di insulina a doppio rilascio o basale. Lo scopo dello studio è quello di valutare il profilo terapeutico di NovoMix® 30 quando somministrato in "*real life*" e le strategie terapeutiche utilizzate per questo tipo di farmaco.
Materiali e metodi. Si tratta di uno studio multicentrico, internazionale che ha lo scopo di includere circa 40000 soggetti con diabete di tipo 2 in 12 paesi distribuiti in tutti i continenti. La coorte Italiana è rappresentata da 1359 soggetti con diabete di tipo 2 arruolati da 92 servizi di diabetologia distribuiti su tutto il territorio nazionale. L'endpoint primario è rappresentato dall'incidenza degli episodi di ipoglicemia maggiori. I pazienti da includere nello studio devono già essere in trattamento con insulina aspart a doppio rilascio. I dati qui riportati si riferiscono a primi 210 soggetti arruolati per i quali è stata effettuata una analisi ad interim.
Risultati. Dei 210 pazienti ad oggi analizzati, 91 sono donne (43.3%) e 119 maschi (36.7%) con una età di 67 anni (età in anni: mediana (range): 67 (36-89) anni) ed una durata di malattia di 13 anni (durata di malattia in anni: mediana (range): 0.1 -41 anni). Gli uomini sono più magri delle donne (BMI kg/m^2, mediana (range): 27.70 (18 - 46.3) kg/m^2 *vs.* 29.80 (17.8 - 71,9 kg/m^2). Nel 91.9% i pazienti provengono da una terapia con insulina associata ad antidiabetici orali, mentre nell'8.1% provengono da una terapia con sola dieta o con soli antidiabetici orali. I pazienti presentano all'inclusione un valore di HbA_{1c} di 8.15% (HbA_{1c}%; mediana (range): 8.15 (5.4 -13.8)%). Per quanto riguarda le complicanze a lungo termine, il 40.8% dei pazienti presenta macroangiopatia, rappresentata nel 24.6% da coronaropatie, ed il 56.6% dei pazienti presenta una microangiopatia, la più frequente delle quali è la retinopatia (34.1%). Le ragioni più frequenti per le quali si inizia la terapia con NovoMix®30 sono il raggiungimento di un miglior livello di HbA_{1c} (86%) ed il raggiungimento della glicemia a digiuno (64%).
Conclusioni. I pazienti arruolati sono pazienti anziani non ben controllati. Il valore mediano dell'HbA_{1c} infatti è maggiore rispetto a quanto prescritto dalle linee guida delle Società Scientifiche. Elevata è anche la prevalenza delle complicanze macro e microvascolari. Questi dati dimostrano la necessità di anticipare l'inizio e l'intensificazione della terapia insulinica.

Riabilitazione in pazienti con decadimento cognitivo: connubio possibile o spreco di risorse?

R. Bosoni, S. Azzali, M. Ceriali, O. Di Balsamo, E. Manfredi, S. Rossetti, P. Carbone, M.C. Ubezio, D. Villani, S. Gentile

Fondazione Sospiro, Sospiro (CR)

Scopo della ricerca. La riabilitazione geriatrica prevede, per definizione, un intervento riabilitativo su persone anziane e quindi, in molti casi, su persone con un deterioramento cognitivo di vario grado. Abbiamo quindi pensato di valutare la testistica rilevata su 2 gruppi di pazienti omogenei per età (media aa. 81.27. ± 9.5 range 62 -99) e periodo di ricovero (49,75 gg), e differenti per cognitività (MMSE < 24 e MMSE > 24), ai quali è stato applicato uguale approccio riabilitativo (intervento fisioterapico "estensivo", ambiente protesico, cura della comorbilità). Lo scopo del lavoro è stato quello di evidenziare la possibile presenza di diversi risultati funzionali e cognitivi tra i 2 gruppi e, quindi di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri stessi.
Materiali e metodi. Per 8 mesi a tutti i pazienti in entrata e in uscita dal nostro reparto sono stati eseguiti test funzionali e cognitivi: Barthel, Tinetti, FIM e MMSE. È stata quindi valutata statisticamente la differenza tra le medie dei test, per evidenziare differenze statisticamente significative, infine sono state comparate le differenze per ogni test tra i pazienti con punteggio di MMSE > o < di 24 all'ingresso.
Risultati. Il rapporto tra le persone che all'ingresso presentavano un valore di MMSE < 24 / > 24 era di 55/73 e all'uscita di 40/73. Le valutazioni testistiche funzionali (Barthel, Tinetti, FIM) ingresso/dimissione di 18 pazienti con MMSE > 24 e di 40 pazienti con MMSE < 24 dimessi tra 1 ottobre 2006 e 31 maggio 2007, hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo in tutti e 2 i gruppi di pazienti, la valutazione cognitiva un miglioramento in entrambi i gruppi statisticamente significativo solo nel gruppo con punteggio di MMSE > 24.

MMSE < 24	ING media	DIM media	p*
MMSE (0-23)	13.67/30	14.56/30	.080
Barthel (0-85)	32.13/100	46.25/100	.000
Tinetti (0-26)	8.70/28	13.60/28	.000
FIM (18-118)	50.79/126	64.11/126	.000
MMSE > 24	**ING media**	**DIM media**	**p***
MMSE (24.3-30)	27.47/30	28.46/30	.002
Barthel (20-95)	68.31/100	83.08/100	.002
Tinetti (0-27)	15.06/28	21.73/28	.002
FIM (49-125)	95.54/126	111.36/126	.000

p* significance on t-test.

La comparazione delle differenze funzionali, ingresso/uscita, tra i 2 gruppi non ha mostrato un valore statisticamente significativo evidenziando così il sostanziale miglioramento di entrambi
Conclusioni. Pur con la limitatezza dei numeri e del periodo di osservazione, il nostro studio sembra evidenziare che la riabilitazione geriatrica "estensiva" può portare ad un miglioramento delle performance funzionali e motorie anche di pazienti con declino cognitivo. I tempi di trattamento (meno tempo al giorno per più giorni) sembrano in grado, in un contesto di intervento caratterizzato dalla multiprofessionalità e dalla globalità dell'approccio (1, 2), di permettere un approccio riabilitativo anche verso pazienti per i quali in diversi lavori della letteratura viene evidenziata come il declino cognitivo sia un fattore predittivo negativo (3, 4). Significativo è infine come anche la funzione cognitiva mostri un miglioramento in entrambi i gruppi dei pazienti. Sarà importante monitorare nel tempo il persistere dei guadagni funzionali e cognitivi.

Bibliografia

1. Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. Int J Nurs Pract 2004;10:207-15.
2. Hershkovitz A, Brill S. The association between patients' cognitive status and rehabilitation outcome in a geriatric day hospital. Disabil Rehabil 2007;29:333-7.
3. Landi F, Bernabei R et all.. Predictors of rehabilitation outcomes in frail patients treated in a geriatric hospital J Am Geriatr Soc 2002;50:679-84.
4. Heruti RJ, Lucky A, et al. Cognitive status at admission: does it affect the rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture? Arch Phys Med Rehabil. 1999;80:432-6

Caratteristiche clinico-funzionali e outcome riabilitativi in una casistica di anziani ricoverati in riabilitazione geriatrica per esiti di frattura del collo del femore: analisi di cinque anni di ricoveri, 2002-2006

A. Bracchi[1], R. Bagnoli[1], A. Maestri[1], V. Giacomel[1], C. Bolis[2], P. Buselli[2], P. Esposito[3], E. Cunietti[1]

[1]U.O. Riabilitazione Generale e Geriatrica; [2] U.O. Riabilitazione Specialistica 2; [3] Ufficio Qualità. Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi. Presidio ospedaliero di S. Angelo L. Lodi

Introduzione. La possibilità di ritornare ad una vita normale dopo una frattura ed il successivo intervento chirurgico dipende in gran parte dalle cure postoperatorie e dalla possibilità di usufruire di un trattamento riabilitativo domiciliare o in regime di degenza. Quest'ultima opzione è la preferita dagli anziani. Presso l'A.O. della Provincia di Lodi tutti i pazienti di età ≥ 65 anni vengono trasferiti, entro 3-6 giorni dall'intervento chirurgico, nelle U.O. del Dipartimento di Riabilitazione. I pazienti con bassa o nulla comorbilità afferiscono in Riabilitazione Specialistica (RS) e quelli con comorbilità più elevata vengono accettati in Riabilitazione Generale Geriatrica (RGG).
Scopo dello studio. Abbiamo analizzato alcuni aspetti clinico-funzionali dei pazienti trattati e la loro relazione con gli outcome riabilitativi conseguiti in cinque anni di attività di RGG (2002-2006) per capire quali fattori e quali caratteristiche hanno avuto maggiore influenza sugli indicatori di risultato.

Materiali e metodi. Abbiamo considerato solo i pazienti che hanno potuto completare il piano riabilitativo individuale. Pertanto, sono stati esclusi: i deceduti (13), quelli trasferiti per un evento clinico acuto intercorrente (9) e quelli troppo decaduti, non in grado di affrontare un programma riabilitativo (39). Gli aspetti clinico-funzionali considerati sono stati: la comorbilità (CIRS com. e sev.), le funzioni cognitive (SPMSQ), l'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel IB), i decubiti, i livelli di Albumina (Alb) e di Emoglobina (Hb) all'ingresso. Fra gli outcome riabilitativi abbiamo calcolato: l'IB finale, il recupero sul potenziale (REC), l'efficienza riabilitativa (EFF) (punti Barthel recuperati/settimana), il cammino autonomo (CAUT) (% pz. che hanno conseguito un punteggio > 11 all'item cammino), il guadagno riabilitativo (GUAD) (% pz che hanno conseguito un recupero superiore al 30% del potenziale), la riduzione della dipendenza funzionale grave (DFG) (% di paz. che hanno conseguito un punteggio ≥ 50 IB).
Risultati. Complessivamente, abbiamo analizzato i risultati relativi a 327 pazienti di età mediana 82 anni (65-100) di cui l'83,2% donne e il 16,8% uomini. Nella figura è rappresentato l'andamento dell'efficienza nei 5 anni che evidenzia un calo a partire dalla fine del 2004, confermato anche dagli altri indicatori di outcome riportati nella Tabella. CIRS, SPMSQ e i Decubiti correlano inversamente con gli indicatori di outcome; Alb correla direttamente con tutti; Hb solo con REC.

Anno	Rec%	Guad%	Caut%	DFG%
2002	26.8	32.3	20.6	37.7
2003	40.2	52.5	32.8	44.6
2004	52.5	68.7	60.7	62.3
2005	48.4	69.4	64.5	63.2
2006	43.5	63.6	53.9	58.8
5 anni	42.3	57.5	46.9	53.2

Conclusioni. I decubiti e il grado del decadimento cognitivo sembrano essere i fattori che primariamente ostacolano il raggiungimento degli outcome, seguiti dalla complessità clinica e dalle condizioni di nutrizione. Tuttavia, nessuno di questi ha evidenziato un'evoluzione nel tempo in grado di giustificare la caduta di efficienza osservata dal 2004. È probabile che questa sia la conseguenza dell'ampliamento della ricettività dell'UO (+34%), intervenuta nel dic. 2004, cui non ha fatto seguito l'adeguamento delle risorse umane necessarie a mantenere l'efficienza dei processi riabilitativi.

Incremento della aspettativa di vita in pazienti con talassemia intermedia: caso clinico

I. Buscemi, P. Rigano[1], G. Antista, M. Deleo, G. DiBella, G. Fodale, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Università di Palermo, [1]Ematologia II – Centro per la Prevenzione e Cura della Talassemia, Azienda Ospedaliera V. Cervello di Palermo

Le talassemie rappresentano un gruppo di disordini ereditari, nei quali alterazioni genetiche eterogenee determinano l'abolizione o la riduzione della sintesi di una o più catene globiniche. Nell'ambito della β-*talassemia* si riconoscono diverse forme cliniche, che riflettono diversi tipi di alterazioni dei geni β-globinici. La *talassemia intermedia*, rappresenta un ampio spettro di fenotipi β-talassemici, che si contraddistinguono per un quadro clinico più lieve rispetto alla talassemia major. I determinanti genetici attenuanti il quadro clinico sono molteplici. Tra questi: mutazioni β+ lievi o silenti, mutazioni β associate con α-talassemia, alterazioni genetiche che incrementano l'emoglobina fetale e la presenza di un triplo gene α associato con una eterozigosi β. I pazienti con talassemia intermedia hanno comunemente un esordio della malattia più tardivo rispetto ai soggetti con la forma major, e a volte possono essere asintomatici sino all'età adulta. Presentiamo il caso clinico di una donna di 84 anni affetta da talassemia intermedia, con genotipo β° 39/β^{A},$\alpha\alpha\alpha^{anti\ 3.7}$/ αα, nota dall'età di 25 anni ed in terapia trasfusionale dall'età di 69 anni. La paziente è nata pretermine ma senza segni di sofferenza neonatale, ha sviluppato il menarca a 13 anni, è sposata, ed ha avuto sei gravidanze delle quali cinque portate a termine. All'età di 50 anni è stata sottoposta ad isterectomia. Attualmente la paziente presenta comorbilità elevata (C.I.R.S indice di severità: 2,7; indice di comorbilità complessa: 7), essendo affetta da circa 15 anni da ipertensione arteriosa in terapia con enalapril, cardiopatia ischemica con episodi di angor responsivi alla trinitrina (presenza all'ecocardio di ipertrofia ventricolare sinistra e di atrio sinistro dilatato), angiosclerosi retinica, fibrillazione atriale e osteoporosi conclamata (T-score vertebrale -2,5 DS e presenza di numerose fratture vertebrali documentate radiologicamente) in terapia con alendronato. All'età di 79 anni circa è stata diagnosticata una demenza a corpi di Lewy ed un encefalopatia vascolare cronica per la quale riceve terapia con trazodone cloridrato e sodio valproato. All'età di 80 anni è stata sottoposta ad asportazione di cataratta e nello stesso anno ha subito una frattura traumatica all'omero. La paziente ha una pressione arteriosa sistemica di 105/70 mmHg, una frequenza cardiaca di 64 bpm, il MMSE non è eseguibile, ed è presente una grave compromissione dell'autonomia funzionale (ADL 1/6, IADL 0/8). La paziente ha mantenuto una Hb intorno a 9,5 gr/dl sino all'età di 65 anni, successivamente si è osservata una progressiva anemizzazione che ha reso necessaria la terapia trasfusionale periodica. In atto viene trasfusa ogni 20 giorni circa per mantenere una Hb pre trasfusionale > 9 gr/dl. Ha iniziato inoltre da 3 anni una terapia chelante con deferoxamina per l'emocromatosi secondaria (ferritina media 2564 ng/ml).
I pazienti affetti da talassemia, grazie al miglioramento dei protocolli terapeutici, hanno una sopravvivenza molto più lunga rispetto al passato. Oggi, molti pazienti con talassemia major, che hanno ricevuto un buon trattamento trasfusionale e chelante, superano i 50 anni e l'età media di questi pazienti è in continuo aumento. Per quanto riguarda i pazienti affetti da talassemia intermedia, con genotipo e quadro clinico lieve, l'età tende sempre di più ad avvicinarsi a quella dei soggetti non talassemici. È logico pertanto ritenere che presto anche la geriatria dovrà occuparsi più frequentemente di un numero crescente di pazienti affetti da talassemia con importante comorbilità.

Ruolo predittivo dell'ictus cerebrale e dell'insufficienza cardiaca sulle cadute e sulla mortalità a lungo termine

F. Cacciatore[1], F. Mazzella[1], G. Galizia[2], G. Testa[2], I. Simione[2], D.F. Vitale[1], G. Furgi[1], A. Cuono[1], P. Abete[2], F. Rengo[2]

[1] Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Telese Terme, Bn; [2] Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università di Napoli, Federico II

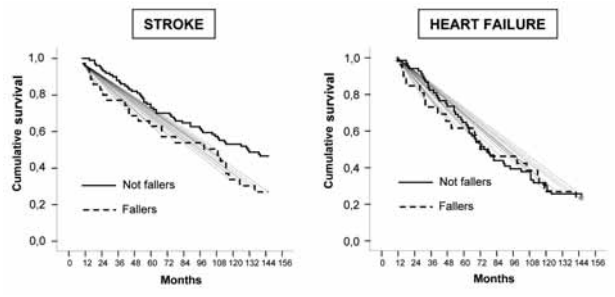
Le cadute sono eventi frequenti nella popolazione anziana, spesso complicate da fratture e causa di disabilità e morte. Interventi multifattoriali si sono dimostrati efficaci nel ridurre le cadute nelle persone anziane, anche se tali interventi risultano particolarmente efficaci quando indirizzati a soggetti ad alto rischio.

Scopo dello studio è stato quello di identificare il valore prognostico di alcune condizioni sulle cadute e di valutare l'effetto sulla mortalità a 12 anni. Sono state valutate le cadute avvenute durante l'anno precedente l'intervista in un campione randomizzato di 1288 soggetti ultra-65enni con età compresa tra i 65-95 anni (media 74.2 ± 6.4 anni), selezionato dalle liste elettorali della regione Campania, visitati da medici addestrati all'uso dei questionari specifici nel 1992. Alcune variabili sono state considerate come potenziali predittori di caduta: ipotensione (pressione arteriosa < 90/60 mmHg), deficit visivo (VI), deficit della mobilità (GM), uso di farmaci, disabilità nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), decadimento delle funzioni cognitive indagato con il Mini-Mental State Examination (MMSE), presenza di Insufficienza cardiaca (HF) e pregresso ictus cerebri. Abbiamo inoltre valutato la mortalità dopo 12 anni, di popolazione raccogliendo i certificati di morte dell'intero campione.

La prevalenza di cadute era del 13,5%; il 17,9% erano caduti più di 3 volte ed il 13,9% delle cadute era complicata da frattura. Nei soggetti con insufficienza cardiaca e pregresso ictus cerebri, la frequenza di cadute era del 29,8% e 29,0%, rispettivamente ($p < 0.001$), mentre nei soggetti con deficit visivo e MMSE < 24 era del 23,8% e 19,4% ($p < 0.001$).

La regressione logistica dimostra che i soggetti con insufficienza cardiaca ed ictus cerebri hanno un rischio di caduta di 2.01 e 2.20 volte maggiore indipendentemente dall'effetto dell'età, del sesso, ipotensione, deficit visivo, deficit della mobilità, uso di farmaci, disabilità nelle IADL e MMSE.

Fig. 1.



Variabile	OR	95% Confidence Interval	P value
Età	0.997	0.967-1.027	0.832
Sesso	0.762	0.525-1.106	0.153
Ipotensione	1.369	0.435-4.303	0.591
Deficit visivo	1.011	0.870-1.176	0.885
Disabilità motoria	0.741	0.449-1.223	0.240
Numero di farmaci	1.084	0.990-1.186	0.080
Disabilità nelle IADL	1.729	1.108-2.698	0.016
Insufficienza cardiaca	2.009	1.199-3.367	0.008
Stroke	2.201	1.432-3.383	0.000
MMSE < 24	1.399	0.929-2.105	0.108

Per valutare il ruolo predittivo esercitato sulla mortalità a lungo termine delle cadute abbiamo utilizzato le curve di Kaplan-Mejer in tutti i soggetti ed in quelle con ictus ed Insufficienza cardiaca. Le curve Kaplan-Mejer mostrano una differenza statisticamente significativa nella mortalità solo nei soggetti con pregresso ictus (Log-Rank p = 0.041).

In conclusione, i tradizionali fattori di rischio per le cadute devono essere considerati nell'approccio ai pazienti anziani. E particolare attenzione andrebbe posta nei pazienti anziani con Insufficienza cardiaca e pregresso ictus. In particolare andrebbero attuati ed implementati programmi di prevenzione delle cadute nei pazienti anziani dopo l'ictus considerando il cospicuo effetto predittivo sulla mortalità.

Valutazione multidimensionale: monitoraggio della fragilità in un gruppo di soggetti ultrasessantacinquenni. Dati preliminari

S. Cadeddu, M. Pintus, D. Ibba, M. Cocco, M.G. Congiu, N.M.C. Curreli, A. La Sala, N. Maccedda, C. Olla, M.E. Pais, A. Balestrieri, A. Mandas

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche, Università degli studi di Cagliari

Scopo dello studio. Monitorare la "fragilità" in un gruppo di soggetti ultrasessantacinquenni con la valutazione multidimensionale (VMD) geriatrica effettuata annualmente.

Materiali e metodi. éresso l'ambulatorio di Geriatria del Policlinico Universitario di Cagliari, è in corso uno studio sul monitoraggio della "fragilità" in un gruppo di soggetti ultrasessantacinquenni, mediante la VMD geriatrica, praticata con frequenza annuale. I test e le scale usati sono i seguenti: mini mental state examination (MMSE), geriatric depression scale (GDS), activity daily life (ADL), instrumental activity daily life (IADL), physical performance test (PPT), Tinetti performance-oriented mobility assessment (POMA), mini nutritional assessment (MNA), cumulative illness rating scale (CIRS), body mass index (BMI). A tutt'oggi sono stati valutati con almeno due VMD 71 soggetti di età media 74.9 ± 6.8 (range 66-91), di cui 36 femmine (50.7%) e 35 (49.3%) maschi.

Risultati. I risultati ottenuti sono illustrati nella Tabella I.

Tab. I. Confronto tra la 1ª e la 2ª VMD geriatrica di 71 soggetti over 65.

Test e Scale	1ª VMD	2ª VMD	t-test
MMSE	25.5 ± 4.4	25.9 ± 4.6	0.6
GDS		10.8 ± 7.1	10.3 ± 6.7
0.7			
ADL	88.8 ± 19.4	89.9 ± 18.4	0.7
IADL	5.6 ± 2.4	5.7 ± 2.6	0.8
PPT	15.5 ± 6.2	17.2 ± 6.4	0.1
POMA	22.3 ± 6.9	21.8 ± 6.6	0.7
MNA	23.7 ± 3.6	24.4 ± 3.4	0.2
BMI	28.5 ± 5.2	28.1 ± 5.7	0.7
CIRS (punteggio totale)	22.6 ± 4.2	25.7 ± 5.0	< 0.0001
CIRS (massimo impairment)	3.2 ± 0.6	3.2 ± 0.6	1
CIRS (indice di severità della comorbilità)	1.6 ± 0.3	1.8 ± 0.4	< 0.0001
CIRS (indice di comorbilità complessa)	3.1 ± 1.8	4.4 ± 2.0	< 0.0001

Conclusioni. Lo stato di salute dell'anziano è il risultato dell'interazione tra salute fisica, salute mentale, aspetti sociali ed economici. Uno strumento efficace, per la valutazione olistica dello stato di salute dell'anziano, è rappresentato dalla VMD geriatrica. Gli obiettivi della VMD geriatrica sono quelli di identificare il grado di fragilità dell'anziano, e di mettere in atto strategie preventive e\o terapeutiche, con interventi commisurati ai bisogni ed ai problemi del paziente, al fine di garantire un continuum assistenziale al soggetto fragile e monitorare i risultati nel tempo. Lo scopo del nostro studio è quello di monitorare la fragilità, in una popolazione di ultrasessantacinquenni, con l'utilizzo della VMD effettuata annualmente. A tutt'oggi sono stati valutati con almeno due VMD 71 soggetti, che mostrano una prevalente compromissione funzionale. Tra la prima e la seconda VMD non si osservano differenze significative al MMSE, alla GDS, all'ADL, all'IADL, al PPT, al POMA, alla MNA; tuttavia, si evidenzia un lievissimo miglioramento a carico del MMSE, della GDS, dell'ADL, del PPT e della MNA. Si osserva invece un significativo peggioramento della scala delle comorbilità (CIRS), in particolare si osserva un aumento significativo del punteggio totale, dell'indice di severità delle comorbilità e dell'indice di comorbilità complessa. Dai nostri risultati si evince che nonostante il peggioramento della comorbilità, verificatesi a distanza di un anno, il percorso terapeutico personalizzato consente di mantenere una capacità funzionale superiore all'aspettativa.

Bibliografia

1. Zanetti E. La valutazione in geriatria. Metodi e strumenti. Carocci Faber 2003.
2. Cester A, Piergentili P, Senin U. La valutazione multidimensionale geriatrica ed il lavoro di équipe. Edizioni Vega. 1999.
3. Linee guida per l'attuazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della salute degli anziani". Prospettive assistenziali. N° 100. 1992.
4. Ferrucci L, Marchionni N e il gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. G Gerontol 2001;49:S1-S76.
5. Marceca M, Mastromattei A, Pasquarella A, Casagrande S, Guasticchi G. La Valutazione Multidimensionale in sanità pubblica. Ann Ig 2003;15:787-803.
6. Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. Comprehensive geriatric assessment. New York, McGraw-Hill, 2000.

Progetto Persefone: prendersi cura degli ospiti nella fase terminale della vita

F. Calamida, S. Bertoglio, G. Ardoino, S. Rossi Borghesano, S. Groppi

RSA Santa Giulia e Santa Chiara, Gruppo Segesta, Milano

Scopo. Le Residenze Sanitario Assistenziali (RSA) Santa Giulia e Santa Chiara ospitano persone non autosufficienti totali, anziane e fragili.
Per chi lavora in una struttura per anziani entrare in contatto con l'esperienza della morte è inevitabile.
L'età avanzata e l'aggressività della patologia conducono spesso ad una fine lenta e dolorosa.
Alcuni ospiti sono accolti in RSA già in fase terminale di malattia.
Scopo del nostro progetto è quello di fornire una assistenza al malato terminale e alla sua famiglia integrando le competenze specifiche delle differenti professioni in una equipe interdisciplinare atta all'identificazione dei bisogni clinici, assistenziali e relazionali
Accompagnare chi muore è un compito psicologicamente pesante e non deve essere affrontato in solitudine dall'operatore. Dare voce ai vissuti e alle reazioni di perdita dell'operatore, fornendo uno "spazio" di confronto e di ascolto e "strumenti" per affrontare e gestire l'esperienza del lutto è una delle principali finalità del progetto.
Materiali e metodi. L'equipe interdisciplinare minima è costituita da: medico, infermiere professionale e operatore assistenziale. Può essere estesa a fisioterapisti, psicologi ed educatori, per rispondere a bisogni specifici. Cura al paziente terminale è sostanzialmente assistenziale (infermieristica e cura alla persona). Non si valuta l'oggettività, ma si fa una lettura dei bisogni soggettivi del paziente.
L'equipe intende utilizzare diversi strumenti tecnici e relazionali, che coinvolgono ospite e famiglia, rispondendo ai loro bisogni.
Pertanto è necessario: curare in modo particolare la fase di accoglienza di un nuovo ospite e la fase di peggioramento dello stato di salute per un ospite già in RSA; identificare da subito bisogni e difficoltà di ospite e famiglia; stabilire quanto il dolore e il sintomo influiscano e interferiscano sulla vita quotidiana; pianificare una strategia di intervento a seconda del tipo e della fase di malattia, condivisa dall'equipe; rendere partecipe ospite e famiglia di

ogni decisione relativa al piano di cura; coinvolgere la famiglia nella cura e nell'assistenza; ricercare soluzioni ai problemi psicologici, sociali e relazionali di ospite e famiglia; dare spazio e tempo adeguati alla comunicazione e alla relazione; predisporre un ambiente confortevole che favorisca la relazione tra ospite, familiari ed équipe; curare tutti i sintomi ed i disagi derivanti dalla terminalità attraverso l'utilizzo di terapie farmacologiche mirate; sostenere ospite e famiglia; fornire uno spazio di confronto e di sostegno agli operatori; scambiare comunicazioni frequenti all'interno dell'equipe mediante momenti di confronto quali la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato e le sue successive revisioni.

Risultati. Il Progetto è iniziato da poco (marzo 2007) ed è ancora in fase di sviluppo. Dal momento in cui si è dato avvio a questa metodologia di approccio al paziente terminale in RSA, si è ottenuto una maggiore compliance nelle scelte terapeutiche con ottimale controllo dei sintomi fisici, una pronta identificazione dei cambiamenti clinici che ci ha permesso pertanto interventi immediati. La gestione partecipata del familiare ha contribuito ad una migliore accettazione del lutto e ridotto la sofferenza durante le fasi di stato della malattia, riducendo la sensazione di solitudine. Le scelte condivise dell'equipe hanno permesso una riduzione del senso di inadeguatezza di tutti le professioni coinvolte.

Conclusione. Il Progetto conferma che un approccio interdisciplinare e globale ad un evento spesso drammatico e carico di emotività come la morte, può essere la risposta ai bisogni del paziente e dell'ambito familiare più adatta. Abbiamo rilevato inoltre una riduzione del senso di "sconfitta" di tutti gli operatori coinvolti.

Lesioni ulcerative cutanee: progetto pilota per il trattamento integrale ambulatoriale e territoriale includendo stimolazione elettrica frems. Miglioramenti clinici e riduzione dei costi

L. Calcara[1], S. Vitello[1], P. Di Salvo[1], G. Albano[1], G. Veneziano[1], G. Di Silvestre[1], G. Dalia[1], G. Messineo[1], L.J. Dominguez[2], R. Toscano[3], M. Barbagallo [2], G. Oddo[1]

[1]Servizio Dipartimentale per l'Integrazione Socio-Sanitaria Anziani e ADI – AUSL 6, Palermo; [2]Università di Palermo, Cattedra di Geriatria; [3] Lorenz Biotech, Medolla (MO)

Scopo. Il progetto, nato nell'aprile 2005 e conclusosi nel maggio 2007, ha integrato il servizio ambulatoriale con quello sul territorio per cercare di trovare una risposta concreta alla prevalenza delle ferite complicate e complesse che non tendono a guarigione e che costituiscono un fardello economico per tutti i Paesi industrializzati. Nell'ottica di incrementare la qualità del servizio offerto al paziente, il Servizio Dipartimentale Anziani e ADI ha introdotto, accanto alla terapia convenzionale, un trattamento tecnologico di stimolazione elettrica a frequenza ed ampiezza modulate, denominato FREMS, per verificare se, incrementando la perfusione periferica e la qualità degli scambi respiratori e metabolici dei tessuti (1), il trattamento fosse in grado di favorire la riduzione dell'area e di controllare in modo efficace il dolore (2).

Materiali e metodi. Il progetto prevedeva l'arruolamento di 40 pazienti in assistenza domiciliare, 20 dei quali trattati con terapia convenzionale e FREMS, da confrontare con 20 pazienti con caratteristiche simili, per quanto possibile, trattati soltanto con terapia convenzionale.

Risultati. Sono stati arruolati 42 pazienti (76 ± 11 anni) per un totale di 56 lesioni presenti da più di 6 mesi. Dall'analisi sono stati esclusi 7 pazienti (di cui 3 del gruppo FREMS) che hanno interrotto prima della guarigione il trattamento, 2 per decesso e 5 per ricovero. Si riportano i risultati clinici del gruppo trattato con terapia convenzionale e FREMS misurati come riduzione% dei parametri dimensionali (valori oggettivi) rispetto al valore basale (mese 0).

Parametri registrati: diametro cranio-caudale (D CC) e latero-laterale (D LL), profondità (P) e area (A): differenze% rispetto al valore basale

Il dolore, misurato con scala VAS (valori soggettivi), era presente in modo importante in quasi tutta la popolazione, ma risultava quasi impercettibile alla fine del trattamento.

Settimane	0	1	4	Fine trattamento	ANOVA
VAS [0-100]	56 ± 24	39 ± 18	26 ± 14	0 ± 0	p< 0.0001
VAS%	-	-29 ± 15	-51 ± 18	-100 ± 0	p< 0.0001

L'analisi dei costi diretti di gestione ha permesso di evidenziare una significativa riduzione della spesa per il gruppo trattato con terapia convenzionale e FREMS, rispetto all'altro gruppo, dovuta principalmente al miglioramento del trattamento clinico che ha portato ad una riduzione dei tempi di assistenza del 50% circa. Nel modello sono stati inclusi i costi relativi ad accessi, prescrizioni ed trattamento FREMS.

Differenze%	Costo complessivo	Durata assistenza
FREMS/convenzionale	-30%	-50%

Mesi	1	2	3	5	8	11	14	ANOVA
D CC%	-22 ± 18	-56 ± 27	-79 ± 24	-87 ± 22	-94 ± 15	-97 ± 9	-100 ± 0	p < 0.0001
D LL%	-21 ± 28	-54 ± 34	-73 ± 29	-90 ± 19	-95 ± 15	-97 ± 10	-100 ± 0	p < 0.0001
P%	-69 ± 39	-86 ± 21	-100 ± 0	-100 ± 0	-100 ± 0	-100 ± 0	-100 ± 0	p < 0.0001
A%	-35 ± 33	-73 ± 22	-90 ± 15	-95 ± 11	-98 ± 7	-99 ± 3	-100 ± 0	p < 0.0001

Conclusione. Il progetto permette di concludere che il trattamento FREMS costituisce un valido strumento tecnologico da affiancare alla terapia convenzionale nella cura delle ferite difficili cutanee, in quanto accelera il processo di guarigione riducendo in modo significativo l'area, ma soprattutto la profondità, già nelle prime settimane. Significativa risulta anche la riduzione della sintomatologia dolorosa. Il trattamento FREMS, infine, ha permesso al Servizio di ridurre mediamente la durata dell'assistenza del 50% ed i costi diretti di gestione del 30%, incrementando la efficacia ed efficienza del servizio offerto all'assistito e la qualità di vita stessa del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Bevilacqua M, et al. Disturbances of Vasomotion in Diabetic (Type2) Neuropathy: Increase of Vascular Endothelial Growth Factor, Elicitation of Sympathetic Efflux and Synchronization of Vascular Flow (Vasomotion) during FREMS. The Endocrine Society's 86th Annual Meeting, New Orleans 2004.
2. Bosi E, et al. Effectiveness of frequency-modulated electromagnetic neural stimulation in the treatment of painful diabetic neuropathy. Diabetologia 2005;48:817-23.

Cardioversione elettrica della fibrillazione atriale come modello per lo sviluppo di flogosi acuta. Ruolo protettivo di statine e Ca-antagonisti

F. Caldi[1], S. Pellerito[1], C. Di Serio[1],Y. Makhanian[1], M. Padeletti[1], F. Gori[1], L. Pifano[1], S. Luly[1], L. Boncinelli[1], M. Aglietti[2], G. Masotti[1], N. Marchionni[1], F. Tarantini[1], S. Fumagalli[1]

[1]Unità di Cura Intensiva, Sez. di Gerontologia e Geriatria, Dip.to Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e AOU Careggi, e [2]ESAOTE SpA, Firenze

Scopo della ricerca. Tutti i farmaci vengono utilizzati per uno o più effetti ben conosciuti. Tuttavia, molti di essi hanno proprietà, dette ancillari, meno descritte, ma altrettanto utili, che ne estendono in molte occasioni il loro impiego clinico. La modulazione dello stato infiammatorio rappresenta in molti casi una delle proprietà ancillari dei farmaci di maggiore interesse. Con questo studio abbiamo voluto valutare se l'uso di statine e Ca-antagonisti influenza il rilascio di mediatori della flogosi dopo cardioversione elettrica (CVE) di fibrillazione atriale persistente. Questa procedura, per il rilascio di elevate quantità di energia, talvolta associato al rapido sviluppo di aree di ustione, rappresenta infatti un modello ideale per valutare la possibile interferenza dei farmaci sulla attivazione della flogosi.
Metodi. Tra il gennaio 2004 e il febbraio 2007, i 222 pazienti consecutivi sottoposti a CVE di fibrillazione e flutter atriale nella nostra Unità di Cura Intensiva sono stati arruolati in uno studio diretto alla valutazione delle variazioni di impedenza toracica correlate alla somministrazione di shock multipli. Negli ultimi 39 pazienti (18% del totale) trattati in modo elettivo (età: 73 ± 10 anni; uomini: 72%; peso: 76 ± 12 Kg; tutti i valori di $p > 0.05$ nel confronto con la casistica generale) sono state determinate le concentrazioni plasmatiche di Interleuchina-6 (IL-6) e di Tumor Necrosis Factor-a (TNF-a) in condizioni basali e dopo 6 ore dalla CVE, utilizzando kit ELISA disponibili in commercio. In accordo con lo scopo dello studio, abbiamo considerato nella analisi solo questo sottogruppo di pazienti. Per la CVE è stato utilizzato il defibrillatore ad onda bifasica Defigard 5000 (Multipulse Biowave,Schiller / ESAOTE), collegato a piastre adesive collocate in posizione antero-posteriore. L'energia iniziale era di 1 Joule/Kg di peso corporeo, con aumento progressivo a 130 e 180 Joule (energia massima) in caso di insuccesso.
Risultati. La CVE è stata efficace in 37 pazienti (95%). La procedura ha richiesto più di 1 shock nell'85% dei casi. L'energia media e la corrente di picco transtoracica finali sono state rispettivamente 140 ± 32 J e 51 ± A. I valori di impedenza toracica sono diminuiti del 5% dopo shock multipli (59 ± 10 *vs.* 56 ± 10 Ohm, $p < 0.001$), cui è corrisposto un significativo aumento di concentrazione delle citochine studiate (IL-6 da 0.21 ± 0.28 pg/mL a 0.93 ± 1.41 pg/mL, $p < 0.001$; TNF-a da 1.50 ± 0.68 pg/mL a 2.10 ± 2.92 pg/mL, $p = 0.011$). Nei pazienti in trattamento con statine (23%) non erano osservabili variazioni di concentrazione di IL-6 (Statine – Si: da 0.17 ± 0.03 pg/mL a 0.21 ± 0.09 pg/mL, $p = 0.375$; No: da 0.22 ± 0.31 pg/mL a 1.14 ± 1.55 pg/mL, $p < 0.001$); analogamente, nei pazienti in trattamento con Ca-antagonisti (13%) non erano osservabili variazioni di concentrazione di TNF-a (Ca-antagonisti ñ Si: da 1.25 ± 0.53 pg/mL a 1.29 ± 0.83 pg/mL, $p = 1.000$; No: da 1.54 ± 0.70 pg/mL a 2.18 ± 3.11 pg/mL, $p = 0.002$). Non sono state osservate differenze cliniche di rilievo nei 39 pazienti studiati in relazione ad uso di statine o di Ca-antagonisti.
Conclusioni. I risultati di questo studio, anche se condotti su un piccolo numero di pazienti, sembrano confermare una importante azione di statine e Ca-antagonisti nella modulazione dei processi che portano alla flogosi. Indicazioni in questo senso derivano da studi preclinici o da studi clinici condotti in pazienti particolarmente complessi (ad es. cardiochirurgia), in cui più variabili possono influenzare il quadro bio-umorale. Statine e Ca-antagonisti possono rappresentare quindi farmaci di particolare interesse proprio per la loro azione sulla infiammazione, che a sua volta influenza lo sviluppo di molte malattie tipiche dell'invecchiamento. Infine, il nostro modello, particolarmente semplice, sembra dimostrare che la CVE, attraverso l'attivazione della infiammazione, diminuisce l'impedenza toracica, uno dei principali fattori associati alla efficacia della procedura.

Il percorso "Frattura di femore" a Pistoia: determinanti dell'outcome funzionale a sei mesi

V. Caleri[1], E. Tonon[1], F. Bencini[1], M. Marini[1], E. Mossello[2], C. Cantini[1], M. Romani[1], A. Niccolai[1], G. Masotti[2], C.A. Biagini[1]

[1]U.O. Geriatria - Azienda USL 3 di Pistoia; [2]U.F. Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica - Università di Firenze

Premessa. Negli anziani la frattura di femore ha notevole prevalenza e si associa ad una elevata mortalità e morbilità, oltre che ad un peggioramento delle capacità funzionali. Da alcuni anni nell'Azienda USL 3 di Pistoia è stato strutturato il percorso "Frattura di femore", che ha lo sco-

po di elaborare, mediante una valutazione multidisciplinare (che coinvolge ortopedico, geriatra, medico di medicina generale, terapista della riabilitazione, infermiere, assistente sociale), un piano assistenziale-riabilitativo integrato finalizzato al raggiungimento del massimo recupero funzionale, mantenendo, ove possibile, l'anziano nel proprio contesto abitativo e sociale.
Scopo. Valutare l'entità ed i determinanti delle modificazioni dello stato funzionale globale dopo sei mesi dall'evento acuto in un gruppo di anziani operati per frattura di femore.
Soggetti e metodi. Il campione analizzato comprendeva tutti gli ultrasessantacinquenni operati per frattura di femore presso l'Ospedale di Pistoia nel periodo marzo-luglio 2005. All'ingresso in Ospedale (T0) è stata valutata la situazione precedente la frattura di femore: condizione sociale, comorbilità (Index of Disease Severity – IDS), storia di cadute e disturbo della deambulazione, presenza di decadimento cognitivo, stato funzionale globale (Indice di Barthel - BI -, IADL valutate come valore assoluto in%). Sono stati successivamente registrati l'eventuale comparsa di delirium nel periodo perioperatorio, il tipo di intervento chirurgico, i giorni di attesa al carico sull'arto operato, il trattamento riabilitativo assegnato (domiciliare, ambulatoriale, in regime di ricovero). Il follow-up a sei mesi (T1), mediante intervista telefonica, comprendeva la valutazione della funzionalità globale (BI,% IADL), della durata del trattamento riabilitativo, del numero di ricoveri ospedalieri intercorsi e degli eventuali decessi. Sono stati quindi ricercati i fattori associati alla modificazione del BI da T0 a T1.
Risultati. Dei 119 soggetti valutati, la cui età media era 83 ± 7 anni (range 65-99), 98 (82%) erano femmine, 80 (67%) erano vedovi e 31 (26%) coniugati; la maggioranza (81%), prima della frattura, viveva al proprio domicilio con familiari o assistente domiciliare. Il punteggio medio alla IDS era di 2.27 ± 0.7, i disturbi della deambulazione erano preesistenti nel 50% dei casi e nel 45% vi era stato almeno un episodio di caduta nell'ultimo anno. Prima dell'evento 58 soggetti (49%) presentavano un decadimento cognitivo. Il BI premorboso era 76 ± 26% e i soggetti erano autonomi in 49 ± 40% delle IADL. L'intervento chirurgico è stato nel 55% dei casi di chiodo endomidollare, nel 40% di endoprotesi o protesi totale e nel 5% di osteosintesi mediante viti e placca. In 51 casi (43%) vi è stato lo sviluppo di delirium perioperatorio. Il trattamento riabilitativo si è svolto nel 24% dei casi a domicilio, nel 26% in ambulatorio e nel 50% in struttura, con una media di 19 ± 12 giorni di FKT. Al follow-up a sei mesi la mortalità complessiva è risultata del 16% (con 15 decessi su 19 nel primo trimestre); 26 soggetti (25%) erano stati ricoverati in Ospedale almeno una volta dopo la dimissione dal reparto di Ortopedia. A sei mesi è stato rilevato un declino funzionale medio di 17% al BI e di 14% alle IADL. In un'analisi multivariata la gravità del declino funzionale al BI è risultata indipendentemente associata al sesso maschile ($p < 0.04$), all'insorgenza di stato confusionale peri-operatorio ($p < 0.05$) ed al numero di ricoveri ospedalieri durante i sei mesi di follow-up ($p < 0.03$); vi era inoltre un'associazione inversa con la durata complessiva della riabilitazione ($p < 0.04$). È stata rilevata una tendenza, che non raggiungeva la significatività statistica nell'analisi multivariata, ad un minor declino funzionale nei soggetti che avevano eseguito la riabilitazione a domicilio o in ambulatorio. Non vi era alcuna associazione tra presenza di deficit cognitivo preesistente e declino funzionale.
Conclusioni. In questo campione di anziani operati per frattura di femore, il recupero funzionale è risultato indipendentemente associato al sesso, all'insorgenza di delirium perioperatorio, allo stato di salute nel periodo postoperatorio ed alla durata del trattamento riabilitativo. L'intervento fisioterapico effettuato a domicilio o in regime ambulatoriale, sembra avere un'efficacia non inferiore rispetto a quello svolto in regime di ricovero. Un adeguato programma per la prevenzione del delirium intraospedaliero potrebbe avere un effetto favorevole sull'outcome funzionale a distanza.

Polimorfismo – 262 c/t del promotore della catalasi e rischio di Malattia di Alzheimer sporadica

C. Capurso[1], F. Panza[2], V. Solfrizzi[2], A. D'Introno[2], A.M. Colacicco[2], D. Seripa[3], A. Pilotto[4], G. Gagliardi[2], G. Vendemiale[1], A. Capurso[2]

[1]Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro – Sezione di Geriatria – Università di Foggia; [2]Cattedra di Geriatria – Centro per l'Invecchiamento Cerebrale – Università di Bari; [3] Laboratorio di Geriatria e Gerontologia, IRCCS "Casa Sollievo dalla Sofferenza" – San Giovanni Rotondo (Fg); [4] U.O. di Geriatria, IRCCS "Casa Sollievo dalla Sofferenza" – San Giovanni Rotondo (Fg)

Introduzione. Il gene della catalasi nell'uomo è localizzato sul braccio lungo del cromosoma 11 (10q25.1). Ha un polimorfismo C→T in posizione – 262 del promotore. La variante T del promotore è stata associata ad un aumento dell'attività di trascrizione del gene e ad un'attività enzimatica più elevata. Diversi studi hanno dimostrato che l'attività degli antiossidanti endogeni quali la catalasi o la glutatione perossidasi era più elevata nei soggetti affetti da malattia di Alzheimer (AD), portatori dell'allele e4 del'ApoE, con conseguente incremento della produzione di H_2O_2 nella corteccia frontale dei soggetti con AD. È stato anche dimostrato come nei soggetti con AD la la presenza del polimorfismo E4 dell'ApoE sia associata ad alterazioni più marcate dei lipidi di membrana, indotte dai radicali liberi.
Scopo dello studio. Scopo dello studio è stato valutare la presenza di un'associazione fra il polimorfismo – 262 C/T e il rischio di insorgenza di AD, quindi valutare l'età di esordio di AD rispetto alla distribuzione allelica della catalasi, infine valutare la presenza di una possibile interazione con gli alleli dell'APOE, in una popolazione pugliese.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 561 soggetti pugliesi, di cui 250 affetti da AD (91 maschi e 159 femmine, età media all'esordio 71 ± 10 anni) e 311 volontari sani di controllo (117 maschi e 194 femmine, età media 69.9 ± 15.7 anni). A tutti i soggetti sono stati prelevati 2 cc circa di sangue da cui è stato estratto il DNA per l'analisi del genotipo dell'APOE e del polimorfismo – 262 C/T della catalasi. L'analisi del polimorfismo – 262 C/T della catalasi e del polimorfismo dell'APOE è stata eseguita mediante Real-Time PCR – Fluorescence Resonance Energy Transfer (FRET) system – su Light Cycler (Roche, Mannheim Germany) e successiva analisi delle curve di melting. »stata

eseguita un'analisi mediante test del c2 di Pearson per valutare la presenza di eventuali differenze fra le frequenze alleliche del polimorfismo – 262 C/T della catalasi nei dementi rispetto ai controlli.
È stato calcolato l'odds ratio all'intervallo di confidenza (IC) del 95% per valutare un'eventuale associazione, fra i pazienti con AD, con l'allele C o T della catalasi. Il confronto dell'età di esordio di AD fra i due gruppi allelici è stato effettuato medianti il test T-Student per campioni indipendenti. Infine è stato usato un modello di regressione logistica per valutare se l'associazione fra il genotipo – 262 C/T del promotore della catalasi e l'AD era omogenea in tutte le categorie alleliche dell'APOE.
Risultati. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative fra pazienti e controlli sia per la distribuzione del genotipo – 262 C/T (Cat*C/*C *Vs.* Cat*C/*T and Cat*T/*T: Pearson c2 = 0.058, df = 1, p = 0.09; Cat*C/*T *Vs.* Cat*C/*C and Cat*T/*T: Pearson c2 = 0.169, df = 1, p = 0.7; Cat*T/*T *Vs.* Cat*C/*T and Cat*C/*C: Pearson c2 = 0.125, df = 1, p = 0.8), che per la distribuzione allelica dell'allele Cat*C, o viceversa dell'allele Cat*T (Pearson c2 = 0.005, df = 1, p = 1). La stratificazione dell'intero campione per età di esordio dell'AD (early- and late-onset), e quindi per sesso e per la presenza dell'allele e4 dell'APOE, non ha messo in evidenza differenze statisticamente significative fra dementi e controlli. Inoltre, i pazienti portatori dell'allele Cat*C mostravano un'età di esordio simile ai pazienti portatori dell'allele Cat*T (t = 0.5, p = 0.6).
Conclusioni. Il nostro studio non ha messo in evidenza differenze statisticamente significative nella distribuzione genotipica e allelica fra dementi e controlli, né ha messo in evidenza un aumentato rischio di AD associato al polimorfismo – 262 C/T del promotore della catalasi, né un'interazione del suddetto polimorfismo con l'APOE.
Il nostro studio è attualmente concorde con precedenti studi sul polimorfismo – 262 C/T del promotore della catalasi e il rischio di AD, dai quali non è emersa alcuna associazione fra il polimorfismo – 262 C/T e l'insorgenza di AD.
In definitiva, I risultati del nostro studio sono concordi con precedenti studi, dai quail emerge che il polimorfismo –262 C/T non determinerebbe un aumento del rischio, nè costituirebbe un fattore di protezione verso l'insorgenza di AD sporadica.

Pericardite subacuta recidivante idiopatica trattata con colchicina: un caso clinico geriatrico

L. Carassale[1], G.P. Ceda[1], D. Santilli[2], A. Artoni[1], G. Valenti[1], M. Maggio[1]

[1]Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Clinica Geriatrica-Ospedale Maggiore Parma; [2] Unità di Reumatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

La pericardite acuta è una patologia che riconosce talvolta un'eziologia virale a partenza dall'apparato respiratorio ma è frequentemente sine causa per cui si parla di pericardite idiopatica acuta. Il quadro clinico è caratterizzato da iperpiressia e precordialgie e non rara concomitanza di versamento pleurico o di una polmonite. Il quadro acuto si risolve circa entro 4 settimane dall'esordio della sintomatologia, ma in circa un quarto dei casi si verificano ripetute recidive. In fase acuta la terapia è aspecifica e si basa sull'utilizzo di FANS o corticosteroidi il cui utilizzo nel soggetto anziano è spesso limitato dalla elevata incidenza di effetti collaterali. Nei casi di pericardite recidivante un differente approccio terapeutico è rappresentato dalla colchicina che recenti trials hanno dimostrato essere efficace nel determinare una significativa riduzione della frequenza delle recidive rispetto al trattamento tradizionale (1). Il principale effetto collaterale del trattamento è rappresentato dalla diarrea, che nel paziente anziano, frequentemente portatore di stipsi cronica, può costituire un potenziale beneficio (2).
Materiali e metodi. Nel mese di ottobre 2006 è stata ricoverata presso la Clinica Geriatrica di Parma una paziente di 82 anni, per recidiva di pericardite (terzo episodio dal mese di Luglio 2006). La sintomatologia d'ingresso consisteva in iperpiressia (Tc > 38°C) e dolore toracico di tipo costrittivo insorto nonostante la terapia steroidea in atto. L'Ecocardiogramma per via transtoracica mostrava un versamento pericardico dello spessore di circa 1,7 cm; la radiografia del torace evidenziava versamento pleurico bilaterale. Emergeva una spiccata flogosi con PCR di 56 mg/L e VES alla 1h di 82 mm/h. Negative risultavano le indagini sierologiche ed immunologiche ad eccezione della positività di Ab IgM ed IgG antiVCA del Virus di Epstein-Barr, con Ab IgG anti-EA ed acido nucleico negativi, ed IgG anti EBNA positive. Pur non potendo escludere con certezza l'origine virale, la paziente è stata trattata con FANS in acuto per via parenterale, e successivamente (anche dopo la dimissione) con colchicina 1 mg poi ridotto a 0.5 mg al dì per circa 1 mese.
Risultati. La paziente è stata seguita successivamente presso il Day-Hospital geriatrico e sottoposta a periodici controlli clinici, laboratoristici (emocromo, funzione renale ed epatica e principali indici di flogosi) e strumentali con ripetuti ECG, ed è stata sottoposta ad esame ecocardiografico di controllo. Tutti i controlli successivi alla dimissione hanno evidenziato condizioni cliniche stabili con regressione della sintomatologia e normalizzazione dei principali indici di flogosi (PCR 3.42 mg/L e VES di 10mm/1h) il tutto accompagnato dall'evidenza ecocardiografica (a distanza di 3 mesi) della risoluzione del versamento precedentemente evidenziato. Si è assistito ad un netto miglioramento del tono dell'umore favorito dal mancato ripetersi di nuovi episodi. La terapia con colchicina è stata mantenuta per circa due mesi ed è stata ben tollerata dalla paziente che durante il trattamento ha riferito inoltre una regolarizzazione dell'alvo. La paziente, a 10 mesi dall'ultimo episodio di pericardite, e ad 8 mesi dalla conclusione della terapia con colchicina, gode di un buono stato di salute, e non è più stata ospedalizzata per episodi di pericardite o altra causa.
Conclusioni. Il caso qui presentato supporta l'efficacia del trattamento per breve termine con colchicina nelle recidive di pericardite e come coadiuvante della stipsi del paziente anziano evidenziando gli indubbi benefici della continuità assistenziale nel paziente anziano.

BIBLIOGRAFIA

1. Imatio M, Bobbio M, Cecchi E, Demarie D, Pomari F, Moratti M, et al. Colchicine as first-choice therapy for re-

current pericarditis. *Arch Intern Med* 2005;165:1987-91.
2. Verne GN, Eaker EY, Davis RH, Sninsky CA. Colchicine is an effective treatment for patients with chronic constipation: an open-label trial. Dig Dis Sci 1997;42:1959-63.

Esperienza di un corso di educazione all'attività motoria (Nordic Walking) per soggetti diabetici

F. Carbonaro, M. Boni, S. Minervini, A. Pitteri, P. Bazzanella[1], F. Schena[1], R. Girardello

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria, Ambulatorio Diabetologico Ospedale di Rovereto, [1]Ce.Bi.SM Rovereto

Introduzione. Il ruolo dell'attività fisica, nella prevenzione e cura del diabete mellito tipo 2 (DM) è ormai riconosciuto e validato da numerosi studi, ma è altrettanto riconosciuto quanto sia difficile per un soggetto, abitualmente sedentario, avviarsi ad attuarla. L'attività fisica aumenta il consumo di energia, riduce la glicemia e i trigliceridi, aumenta il colesterolo HDL, migliora l'azione dell'insulina sulle fibrocellule muscolari, riduce il grasso corporeo, potenzia la rete circolatoria e le masse muscolari, migliora l'efficienza cardiorespiratoria, previene l'osteoporosi, migliora la motilità delle articolazioni, il trofismo ed il tono muscolare, rafforza la risposta immunitaria, migliora il tono dell'umore.
Obiettivi dell'intervento. Migliorare il grado di compenso metabolico, migliorare le performance fisiche generali, indurre l'abitudine ad una maggior attività motoria e ad uno stile di vita più attivo in pazienti diabetici adulti che frequentano l'Ambulatorio Diabetologico, attraverso l'apprendimento e la pratica del Nordic Walking (NW), una tecnica di cammino con l'uso di bastoncini che consente un consumo energetico superiore rispetto al cammino normale.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 20 pazienti afferenti all'Ambulatorio Diabetologico della UO di Geriatria dell'Ospedale di Rovereto, rispondenti ai seguenti *Criteri di inclusione*: DM tipo 2 in compenso metabolico non ottimale (HbA1c > 7,5%); eventuali sovrappeso, ipertensione, dislipidemia; stile di vita sedentario; consenso informato ed adesione al progetto. *Criteri di esclusione*: Retinopatia proliferante, piede diabetico con grave polineuropatia od ulcerazioni, scompenso glicemico, gravi complicanze cardiocircolatorie, osteoartropatie con limitazioni funzionali, patologie respiratorie croniche.
Ai pazienti selezionati è stato proposto di partecipare ad un corso di attività motoria con la tecnica del NW suddiviso in 3 fasi: la fase di avvio, con esercizi fisici personalizzati secondo linee guida per diabetici, la fase di addestramento al NW con istruttore specializzato, la fase di stato con 2 appuntamenti settimanali di gruppo, autogestiti, di passeggiate all'aria aperta secondo la tecnica acquisita del NW con supervisione mensile dell'istruttore. Prima dell'avvio dei corsi i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti esami di accesso: glicemia a digiuno, Hb glicata, lipidi, azotemia, creatinina, Ecg da sforzo, visita medica, visita oculistica per fundus. Il corso è iniziato nel giugno 2006, ed è proseguito fino al giugno 2007. Alla fine del periodo i pazienti sono stati rivalutati con esami metabolici e rivalutazione medica.
Risultati. Quindici pazienti hanno portato a termine l'esperienza. Non sono state osservate variazioni significative del peso e della circonferenza addominale. La glicemia media a digiuno si è ridotta sensibilmente, passando da 186 a 140 mg/dl. L'Emoglobina Glicata media è passata da 8,7 a 7,3% (p = 0.007).
Discussione. Il cammino all'aria aperta secondo la tecnica del NW è in grado di indurre un miglioramento significativo del compenso glicometabolico nei soggetti diabetici. Il cambiamento verso uno stile di vita attivo richiede non solo impegno personale ma anche programmi strutturati.
Nella nostra esperienza il NW ha portato oltre: ha condotto ad un atteggiamento più attivo nei confronti della malattia diabetica, ossia verso un *prendersi cura di sé*, anziché un *farsi curare*. Inoltre l'esperienza del gruppo ha funzionato come elemento socializzante e di solidarietà reciproca ed ha arricchito tutti i membri tramite lo scambio e la condivisione del vivere la condizione diabetica. Come affermato da un partecipante: "non è il bastoncino che sostiene me, sono io che tengo in pugno lui."

Necessità di una periodica assistenza geriatrica domiciliare. Descrizione di un caso clinico

S. Cardo Santo, A. Di Prima, G. Bellavia, C. Aglialoro,G. Belvedere, A. Giunta, M. Ferlisi, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Scopo. La pratica geriatrica quotidiana ci propone innumerevoli casi di errata gestione domiciliare, spesso anche in presenza di supporto familiare motivato. Se l'amore e l'impegno sono basilari per prendersi cura di un anziano fragile, non sono tuttavia sufficienti quando manca un adeguato addestramento nella gestione di problematiche apparentemente semplici ma a rischio di innescare scompensi a cascata. Quello che proponiamo di seguito ne è un esempio estremo.
Caso clinico. Paziente maschio, 86 anni, giunge al Pronto Soccorso per la comparsa improvvisa di "gonfiore" all'arto inferiore destro. Posta diagnosi di TVP ed iniziata terapia adeguata, viene inviato alla nostra UO per il concomitante decadimento delle condizioni generali ed il riscontro clinico e laboratoristico di disidratazione ipertonica ed insufficienza renale (azotemia 94 mg/dl; creatininemia 2,3 mg/dl; Na^+ 172 mEq/l; K^+ 3,4 mEq/l; glicemia154 mg/dl; Hct 38,7), esegue TC addome per globo vescicale confermato dalla TC che evidenzia inoltre voluminoso fecaloma (diametro max 8 cm) in ampolla rettale.Il paziente è un ex contadino in apparente buona salute sino a circa due anni prima, epoca in cui in seguito ad episodio di delirium veniva posta diagnosi di "demenza di Alzheimer". Riferita inoltre storia di BPCO, cardiopatia ischemica ed intolleranza agli idrati di carbonio da epoca imprecisata. Frattura di femore all'età di 76 anni seguita da buon recupero funzionale, ipertrofia prostatica benigna da circa quattro anni. Costretto a letto da circa tre mesi per ripetuti episodi broncopneumonici per cui ha effettuato terapia antibiotica e corticosteroidea negli ultimi giorni. Nega terapie in cronico. Si presenta in scadenti condizioni generali, costretto a letto, obnubilato, pallido e disidratato. Evacuato il globo vescicale e rimosso il fecaloma, viene intrapresa terapia

reidratante ipotonica con aggiunta di KCl. Valutato dal punto di vista cognitivo, il paziente presenta un deficitario orientamento temporo-spaziale e familiare. Altresì compromessa risulta la memoria a breve e lungo termine, la capacità di calcolo e le funzioni gnosiche e prassiche anche per i compiti semplici. Risulta totalmente dipendente nelle attività basilari della vita quotidiana. Comorbilità severa (CIRS-G: 9/13 2,77). La TC encefalo evidenzia un quadro di diffusa atrofia cortico-sottocorticale. ACTH: 20 pg/ml (5-60); cortisolo 12,9 ug/dl (6,2-19,4); aldosterone: 23 pg/ml (7-150); attività reninica: 0,68 ng/ml/h (0,2-0,8). Durante la degenza si assiste a generale progressivo miglioramento, in particolare notevole riduzione volumetrica dell'arto inferiore destro, miglioramento del sensorio con risposte coerenti alle stimolazioni verbali e ripresa dell'alimentazione per os. In parallelo progressiva normalizzazione del quadro elettrolitico e della funzionalità renale. Il paziente viene dimesso in dodicesima giornata in condizioni cliniche e laboratoristiche stabilizzate (azotemia 23; creatininemia 0,9; Na^+ 141, K^+ 4,38) in regime di dimissione protetta, affidato ai colleghi dell'ADI.

Conclusioni. Il caso clinico esposto rappresenta un esempio estremo di cattiva gestione domiciliare. La famiglia che si prende cura di un paziente geriatrico può non avere chiara l'importanza di normali atti fisiologici quali bere, urinare, evacuare l'alvo con regolarità, dando invece molta importanza alle terapie farmacologiche. Nel nostro caso una terapia corticosteroidea non adeguatamente monitorizzata, unita alla mancata attenzione per alvo e diuresi ha prodotto un iniziale scompenso a cascata tale da richiedere il ricovero ospedaliero. La gestione domiciliare dei pazienti fragili è ormai una priorità di salute pubblica, il Geriatra è lo specialista in grado di rispondere a questo bisogno.

Progetto sperimentale di dimissione protetta con attivazione di U.V.G.O. nel P.O. "Barone Ignazio Romeo" di Patti

F. Caronzolo, A. Grippa, R. D'Agata, G. Gaglio, A. Granata, P. Spatola, S. Albana[1], F. D'Amico

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Area Critica di Geriatria - Coordinamento Attività Geriatriche Aziendali - [1]Servizio Assistenza Infermieristica - P.O. Patti, Azienda U.S.L. n. 5 Messina

Obiettivi. L'Italia, per l'elevata longevità della sua popolazione, ha il più alto valore percentuale al mondo di anziani. Le Nazioni Unite prevedono che l'Italia sarà tra le nazioni più vecchie al mondo anche nei prossimi decenni. I profondi cambiamenti nella struttura della popolazione comportano l'esigenza di adeguare le strutture sanitarie ed i processi di cura ed assistenza all'anziano. Gli anziani costituiscono la fascia di popolazione che più delle altre ricorre al ricovero ospedaliero ed in particolare questa fascia di età richiede dei tempi di degenza significativamente superiori alle altre classi di popolazione e ricorre nell'arco dello stesso anno più volte al ricovero ospedaliero. In particolare nel distretto in esame si è verificato che la popolazione anziana genera oltre il 18% dei ricoveri ospedalieri pur rappresentando circa il 5% della popolazione totale. Pertanto si ritiene opportuno l'individuazione degli anziani con particolari caratteristiche di fragilità tra la popolazione ricoverata e dedicare a questi dei percorsi di cure ed assistenza personalizzata all'atto della dimissione ospedaliera allo scopo di garantire una adeguata continuità assistenziale, evitare il protrarsi ingiustificato della degenza ospedaliera, prevenire il ricorso all'ospedalizzazione successiva e migliorare la qualità della vita e dell'assistenza agli anziani fragili.

Disegno e metodi. È stata costituita una Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera/Territoriale integrata (costituita da Geriatra Ospedaliero, Infermiere Ospedaliero, Assistente Sociale Ospedaliero, Dirigente Medico Territoriale, Infermiere del Distretto Sanitario, Assistente Sociale del Distretto Sanitario e figure professionali a supporto con interventi a richiesta), attivabile da tutte le UU.OO. del P.O. di Patti.

Sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale un gruppo di 47 pazienti (M 22, F 25, età media 81 ± 9 anni) su un totale di 1141 ricoveri (pari al 4,1%), riferiti al periodo in esame compreso tra il 1 gennaio e il 30 aprile 2007, in tutte le Unità Operative del P.O. di Patti alle quali potevano afferire pazienti anziani, individuati dai Dirigenti Medici dell'U.O. di pertinenza quali soggetti eleggibili per dimissione protetta in quanto necessitanti di supporto di ordine sanitario o socio-assistenziale all'atto della dimissione.

Al gruppo in esame sono stati somministrati test di valutazione validati (B.A.D.L., I.A.D.L., MMSE, CIRS, GDS), è stato individuato un setting di cure dedicato ai bisogni del soggetto in esame ed è stata concordata la dimissione con le U.O., il paziente, il MMG, i familiari ed i servizi sociali di riferimento.

Risultati. Del gruppo in esame 25 soggetti (53,2%) presentavano declino delle funzioni corticali superiori al MMSE, 29 soggetti (61,7%) presentavano punteggio significativo di deflessione del tono dell'umore al GDS, 22 (46,8%) soggetti presentavano uno stato di totale dipendenza alle B.A.D.L.

Dei pazienti valutati 6 (12,8%) sono stati destinati all'ADI Palliativa per pazienti oncologici, 15 (31,9%) all'ammissione in RSA, 11 (23,4%) all'ADI Geriatrica, 2 (4,2%) all'ADI Respiratoria, 3 (6,4%) alla Riabilitazione funzionale domiciliare, 5 (10,6%) a strutture socio-assistenziali, per 5 (10,6%) soggetti è stato concordato proseguimento del ricovero in altro reparto ospedaliero.

Conclusioni. L'analisi dei risultati ha evidenziato che l'associazione di deficit in più aree di valutazione richieda un percorso di cure più intensive rispetto al deficit grave in una sola area di valutazione e come esista una correlazione diretta crescente tra comorbilità e intensità di assistenza. L'attivazione del progetto sperimentale di dimissione protetta ha consentito di realizzare una buona integrazione Ospedale/Territorio, di garantire adeguata continuità assistenziale a pazienti con gravi patologie croniche degenerative e conseguente severa erosione delle capacità funzionali, motorie e cognitive, di evitare di protrarre in maniera ingiustificata ricoveri ospedalieri di anziani oltremodo fragili, di prevenire la riospedalizzazione precoce, di implementari il recupero e la riabilitazione nonché la qualità di vita di anziani con patologie severe e invalidanti.

Utilizzo dei tiazolidindioni nei pazienti diabetici anziani

V. Carpaneto, P. Odetti, G.L. Viviani, G. Corsini
DI.M.I. - Unità Operativa di Geriatria - Università di Genova

Scopo. I tiazolidinedioni (TZD) sono una classe di agenti antidiabetici che promuovono l'azione dell'insulina a livello del muscolo, del fegato e del tessuto adiposo. Molti dati in letteratura suggeriscono l'importanza del loro uso sia in monoterapia che in associazione con metformina o con una sulfanilurea nel migliorare il controllo glicemico nei pazienti con diabete mellito di tipo 2, quando la dieta e l'esercizio fisico non determinano un miglioramento del compenso glicometabolico. Numerosi studi hanno evidenziato l'importanza dei TZD nel determinare una significativa riduzione dei valori di HbA1c. È stato inoltre evidenziato un loro ruolo nel controllo di fattori di rischio cardiovascolari, quali l'assetto lipidico, la pressione arteriosa, la produzione di citochine infiammatorie e la funzione endoteliale (1, 2). Il loro impiego nella terapia del diabete mellito di tipo 2 è pertanto costantemente in aumento.
La ritenzione idrica con edema è l'effetto collaterale più frequentemente descritto; tale situazione può esacerbare o precipitare una condizione di scompenso cardiaco (3, 4). Un'analisi svolta su soggetti ospedalizzati con diabete mellito e scompenso cardiaco, ha evidenziato che il numero di soggetti trattati con TZD che sviluppavano scompenso cardiaco congestizio aumentava dal 7,2% al 16,2% durante un periodo di osservazione di 3 anni (5). Per tali motivi i TZD sono controindicati in pazienti con insufficienza cardiaca o precedenti episodi di insufficienza cardiaca (Classe NYHA 1-4).
In quanto all'uso di tali farmaci in soggetti diabetici anziani, non sono riportate in letteratura particolari precauzioni, sia per quel che riguarda il loro uso, sia per l'insorgenza di effetti collaterali, sia per un eventuale aggiustamento posologico. Tuttavia, a causa della elevata prevalenza di malattie cardiovascolari e in particolare di scompenso cardiaco nella popolazione geriatrica, l'uso dei TZD in questi soggetti è dibattuto, in particolare per quel che riguarda la tollerabilità. Un altro effetto collaterale che si può verificare con l'uso di questi farmaci è il danno epatico. Riportiamo di seguito la nostra esperienza per quel che riguarda l'efficacia e la tollerabilità dell'uso di TZD e in particolare di pioglitazone in un gruppo di soggetti afferenti al Centro per il Diabete dell'Adulto della U.O. di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria " San Martino" di Genova.
Materiali e metodi. Dei pazienti afferenti all'ambulatorio diabetologico sono stati valutati i soggetti diabetici di tipo 2 in terapia con pioglitazone. Sono stati raccolti in un database l'età, i valori di HbA1c, colesterolo totale, LDL, HDL e trigliceridi rispettivamente all'inizio della terapia, a 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 e 36 mesi. Al momento dell'inserimento in terapia di pioglitazone in nessuno di questi soggetti erano evidenziabili sintomi e segni di scompenso cardiaco; gli indici di funzionalità epatica erano nella norma. I dati raccolti sono stati analizzati con il test t di student.
Risultati. Sono stati reclutati 59 pazienti, 22 di questi avevano meno di 65 anni (37,3%), mentre 37 erano ultrasessantacinquenni (62,7%). Il 45,5% dei soggetti ultrasessantacinquenni e il 54,5% di quelli di età < 65 anni era in terapia anche con una sulfanilurea; il 59,5% dei > 65 anni e il 41% dei < di 65 anni era in terapia con metformina. Il 29,7% degli ultrasssentacinquenni era in terapia con ipolipemizzante già prima dell'inizio della terapia con pioglitazone, contro un 36,4% dei < 65 anni. I valori medi di HbA1c all'inizio della terapia erano 8,3% per il gruppo dei < 65 anni e di 7,9% per quello degli ultrassesantacinquenni.
I risultati ottenuti non hanno evidenziato differenze significative fra i due gruppi, che risultavano sovrapponibili per quel che riguarda i valori di HbA1c e del profilo lipidico a tutti gli intervalli di tempo esaminati. In particolare i valori medi di HbA1c a 24 mesi erano di 6,5% per quel che riguarda i < 65 anni e di 6,2 per i > 65 anni. I valori di colesterolo totale e LDL erano nella norma. Per quel che riguarda la tollerabilità, abbiamo dovuto sospendere la terapia con pioglitazone in un soggetto appartenente al gruppo di < 65 aa (4,5% sul totale) e in 2 soggetti appartenenti al gruppo degli over-65 (5% sul totale di soggetti trattati), a causa della comparsa di un significativo aumento ponderale (> 5 Kg), con edemi agli arti inferiori importanti e aumento degli indici di funzionalità epatica (GOT e GPT). Tali alterazioni sono regredite con la sospensione del farmaco. Le percentuali di insorgenza di effetti collaterali risultano pressoché sovrapponibili nei due gruppi.
Conclusione. La nostra esperienza evidenzia che il pioglitazone risulta un farmaco utile ed efficace per la terapia del diabete mellito di tipo 2 anche nei pazienti anziani. La tollerabilità è pressoché sovrapponibile a quella dell'adulto ed è quindi un farmaco che può essere utilizzato con una certa sicurezza anche negli anziani.

BIBLIOGRAFIA

1. Parulkar et al. Ann Intern Med 2001;134:61-71.
2. Haffner et al. Circulation 2002;106:679-684.
3. Delea et al. Diabetes Care 2003;26:2983-89.
4. Richard et al. Diabetes Care2004; 27.
5. Masoudy et al. JAMA 2003;290:81-5.

Modificazioni del controllo del ciclo cardiaco in pazienti anziani affetti da Malattia di Parkinson, Atrofia Multisistemica e Demenza a Corpi di Lewy

S. Casella[1], G. Sennino[1], S. Cossi[1], A. Marengoni[1], R. Zulli[1], A. Padovani [2], G. Romanelli[1]
[1] Cattedra di Geriatria, Unità Dipartimentale di Geriatria. Università di Brescia, Azienda Spedali Civili Brescia, Fondazione Richiedei Gussago; [2] Clinica Neurologica Università di Brescia

Scopo. La Malattia di Parkinson (PD), l'Atrofia Multisistemica (MSA) e la Demenza a Corpi di Lewy (LBD) sono caratterizzate da manifestazioni cliniche comuni e dal coinvolgimento del sistema neuro-autonomico che può, in queste tre malattie, aumentare l'incidenza di morte improvvisa cardiaca. Scarse sono le informazioni riguardanti la funzione autonomica cardiovascolare in questi pazienti e quindi presso la Clinica Medica e la Clinica Neurologica della Università di Brescia abbiamo studiato, con metodiche non invasive (1), il sistema autonomico cardiovascola-

re per valutare l'eventuale presenza di specifiche alterazioni tipiche di ciascuna malattia.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 19 pazienti anziani: 9 affetti da PD, 5 da MSA, 5 da LBD e 7 soggetti sani, di pari età, come gruppo di controllo (C). A tutti i pazienti dopo un accurato esame clinico generale e valutazioni neuropsicologiche sono stati effettuati: un ECG a 12 derivazioni, il monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa nelle 24 ore (ABPM); un ecocardiogramma; il monitoraggio ECG secondo HOLTER valutando, con un programma che utilizza l'algoritmo Fast Fourier Transform, i principali parametri dell'Heart Rate Variability (HRV): quelli che valutano il dominio del tempo (PNN50, SDNN, SDANN, SDNN Index, RMSSD, HRV Triangular Index, TINN) e quelli derivati dall'analisi spettrale (spettro di potenza LF, HF e LF/HF Ratio).
Risultati. *Parametri del dominio del tempo*: nei confronti del C, nei pazienti con PD solo l'HRV-Triangular Index è risultato significativamente ridotto (21.7 ± 4 *vs.* 29.4 ± 10 msec *diurno*, 8.5 ± 1.6 *vs.* 12.6 ± 2.4 msec *notturno*; $p < .05$ e $p < .001$ rispettivamente); nei MSA, oltre l'HRV-Triangular Index (14,4 ± 5,4 *diurno*; 6,3 ± 2,2 *notturno*: $p < .02$ e $p < .001$ rispettivamente) sono risultati ridotti anche il PNN50 (3,5 ± 4,5%, $p < .002$), SDNN notturno (86 ± 31 msec, $p < .05$) RMSSD totale (14,7 ± 4 msec, $p < .02$) e nei LBD sono risultati ridotti il PNN50 (4,6 ± 4,3%, $p < .05$) SDNN notturno (77 ± 28 msec^2, $p < .05$) e RMSSD totale (16,3 ± 4 msec, $p < .02$). *Analisi spettrale:* nei confronti del C, i pazienti con PD non hanno mostrato differenze significative nei vari parametri esaminati. I pazienti affetti da MSA presentano una riduzione sia dello spettro di potenza LF (89.5 ± 77.7 msec^2 *vs.* 343 ± 120 msec^2, $p < .02$) che di HF (47.1 ± 44 msec^2 *vs.* 196 ± 74 msec,$p < .02$) I pazienti con LBD presentano solamente una riduzione di HF (89.6 ± 70 msec^2 $p < .02$). La Pulse Pressure è risultata significativamente incrementata solo nei pazienti affetti da MSA (62 ± 12 mmHg *vs.* 48 ± 8 mmHg, $p < .05$).
Conclusioni. Le modificazioni del sistema neuroautonomico cardiovascolare sono risultate presenti in tutte e tre le affezioni morbose, con una gravità crescente (PD, LBD e MSA). In particolare l'HRV-Triangular Index, parametro efficace nell'identificazione del rischio di mortalità per malattia cardiovascolare, è risultato precocemente e significativamente compromesso nei pazienti con PD e MSA. I pazienti affetti da LBD presentano invece una più selettiva compromissione dei parametri dell'HRV che esprimono l'attività parasimpatica. Non sono state riscontrate differenze specifiche per singola malattia. I nostri dati inoltre mostrano anche differenze della pulse pressure che sono associate ad un maggior grado di compromissione degli organi bersaglio cardiovascolari e quindi ad un aumentato rischio di eventi ischemici cardio e cerebrovascolari. L'impiego routinario di tali metodiche potrebbe essere quindi utile per l'assessment globale cardiovascolare e quindi contribuire a comprendere i vari fattori di rischio.

Bibliografia

1. Kleiger RE, Bigger JT, Bosner MS, Chung MK, Cook JR, Rolnitzky LM, et al. Stability over time of variables measuring heart rate variability in normal subjects. Am J Cardiol 1991;68:626-30.

Audit clinico degli ultimi tre giorni di vita in RSA. Risultati preliminari

L. Castellani, M. Monti, M.C. Neri, G. Collodo, L. Ceriotti, A. Conti, S. Torretta, D. Moretti
Hospice ed RSA del Pio Albergo Trivulzio, Milano

Gli ultimi giorni di vita sono stati oggetto di numerosi studi condotti soprattutto nei pazienti con cancro. I principali sintomi del morente (dolore, dispnea, ecc.) e il loro trattamento efficace possono influenzare significativamente la qualità della vita del paziente, e sono l'outcome primario delle cure palliative al malato terminale. In Italia così come nel resto del mondo sviluppato, anche per l'aumentare della popolazione anziana, la grande maggioranza dei decessi avviene tra le persone con più di 65 anni. Un numero sempre maggiore di persone, progressivamente più anziane, necessiterà quindi di assistenza specifica nelle fasi finali della vita. Le RSA rappresentano sempre più il luogo dove una larga parte di anziani muore. Nelle RSA lombarde (oltre 40.000 posti-letto) è stimato un tasso di decesso nel primo anno dopo l'ammissione dei degenti del 30% circa. Il geriatra in RSA ha la opportunità di accompagnare le persone nella loro fase terminale (ultimi tre-sei mesi di vita) e di osservare come vengono vissuti gli ultimi giorni e ore di vita sia dal paziente che dalla famiglia.
Abbiamo elaborato una scheda di audit clinico per la valutazione di alcune variabili psico-sociali e cliniche che, a partire da Febbraio 2007, è stata applicata dal medico negli ultimi tre giorni di vita in pazienti deceduti in RSA e continuerà ad essere applicata nei prossimi mesi. Nel periodo febbraio-giugno 2007 sono stati raccolti i dati relativi a 31 decessi (di cui 11 neoplastici).
È stato registrato il comportamento della famiglia: in 8 casi non c'è stata alcuna comunicazione tra équipe e familiari; in 5 casi i familiari sono stati continuativamente assenti; in altri 9 casi la famiglia non è stata presente al momento del decesso.
Il medico ha poi registrato la presenza di dolore e di sintomi, valutandoli come: 0 = assente, 1 = presente ma non disturbante (o lieve), 2 = presente e disturbante (moderato/severo). Ha annotato le terapie specifiche intraprese.
Tra gli 11 pz neoplastici, 7 non hanno presentato dolore (2 erano in trattamento con oppioidi, 5 non necessitavano di trattamento antalgico). In 4 pz è stato registrato dolore moderato/severo: 3 erano in trattamento con oppioidi (1 ha necessitato di switch di terapia, 2 hanno presentato breakthrough pain), in 1 pz è stato incrementato il dosaggio dello steroide.
Tra i 20 pz non neoplastici, 6 erano in trattamento con oppiodi maggiori (4 pz avevano algie controllate, mentre 2 hanno presentato dolore sino all'ultimo giorno). Altri 2 pz erano in trattamento con tramadolo o codeina/paracetamolo per dolore lieve. In un pz con dolore severo è stata intrapresa terapia sedativa (promazina). Undici pz erano senza dolore e senza terapia antalgica. Complessivamente, su 31 pz, sono stati valutati per il dolore: 22 completamente esenti (6 perché con terapia adeguata e 16 senza necessità di antidolorifici), 7 con dolore severo, 2 con dolore lieve.
È stata quindi rilevata la presenza degli altri seguenti sintomi. Dispnea 1: 5 pz; dispnea 2: 9 paz (1 trattato con morfina); rantolo 2: 5 pz (trattati con diuretici); agitazione 2: 1

pz; sopore: 18 pz; coma: 13 pz; occlusione intestinale: 2 pz; febbre: 6 pz.
Conclusioni. In accordo con la letteratura, i sintomi prevalentemente osservati anche nella nostra casistica sono: lo stato soporoso, la dispnea ed il dolore, con necessità di trattamenti spesso importanti. Nell'intento di garantire assistenza sempre migliore e buona qualità di vita agli anziani istituzionalizzati, anche negli ultimi giorni di vita è necessario porre la massima attenzione alla valutazione ed al controllo di tutti i sintomi presentati dal paziente. Riteniamo utile quindi diffondere anche nelle RSA una più approfondita ed estesa conoscenza dei trattamenti farmacologici, abitualmente utilizzati per il controllo dei sintomi nelle cure palliative rivolte al malato oncologico.

Effetto della restrizione calorica sul processo di riparazione delle ferite durante l'invecchiamento

L. Castello[1], T. Froio[1], G. Cavallini[2], E. Bergamini[2], G. Poli[1], E. Chiarpotto[1]

[1]Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino, Italia; [2]Centro Interdipartimentale di Ricerca su Biologia e Patologia dell'Invecchiamento, Università di Pisa, Italia

Scopo della ricerca. La guarigione della ferite è un processo complesso che include una serie di eventi che si sovrappongono, tra cui il reclutamento di leucociti, la deposizione di matrice extracellulare, l'epitelizzazione ed infine la risoluzione dell'infiammazione con la formazione di una cicatrice matura. La morbilità associata con il rallentamento del processo riparativo delle ferite età-correlato rappresenta un problema sociale e finanziario notevole. Nonostante l'ovvio impatto clinico, i meccanismi cellulari e molecolari di base implicati nell'alterata riparazione delle ferite dell'anziano sono largamente sconosciuti. D'altra parte, è noto che la popolazione anziana è a rischio nutrizionale, non solo a causa di modificazioni nel fabbisogno ed a diminuzione dell'assorbimento intestinale, ma anche per un'alterata regolazione dell'appetito e per l'anoressia tipiche dell'invecchiamento. È stato riscontrato che uno stato di malnutrizione è in grado di predisporre ad un'alterazione dei processi riparativi tessutali, che quindi sono particolarmente a rischio nell'anziano denutrito. Una miglior conoscenza delle alterazioni dei processi riparativi con l'età è quindi auspicabile per consentire di sviluppare nuove metodologie dietetico/farmacologiche, applicabili in prospettiva anche all'uomo, in grado di diminuire l'incidenza di tali forme patologiche.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati ratti Sprague Dawley maschi divisi in 4 gruppi uguali e trattati come segue: "ad libitum" ogni giorno con dieta standard (A: AL); digiuno un giorno alla settimana (B: FD e D: AD); digiuno a giorni alterni (C: EOD Every Other Day), a partire dall'età di tre mesi fino alla morte. I gruppi A, B e C hanno ricevuto un'iniezione sottocutanea di soluzione fisiologica una volta alla settimana; al gruppo D (AD) è stato invece iniettato un agente antilipolitico ad attività pro-autofagica (Acipimox), in fisiologica, una volta alla settimana nel giorno di digiuno. Ad età prefissate (6 e 24 mesi) nella regione centrale del dorso degli animali, dopo rasatura, è stata praticata una ferita quadrata a tutto spessore (comprendente la muscolatura cutanea) di 25x25 mm, usando forbici chirurgiche. Non è stata applicata alcuna tensione. Dopo 6 e 9 giorni sono state prelevate strisce di tessuto di granulazione su cui si sono valutati:
- livelli di addotti fluorescenti tra aldeidi derivate dalla perossidazione lipidica (4-idrossinonenale-HNE e malonildialdeide-MDA) e proteine;
- livelli di TGFbeta1, TGFbeta2, TGFbeta3 e CTGF.

Risultati. Per quanto riguarda lo stress ossidativo, nell'animale giovane si osserva una diminuzione progressiva dei livelli di addotti fluorescenti aldeidi-proteine tessutali. Nell'animale anziano FD tali addotti sono ulteriormente diminuiti rispetto al giovane. L'alimentazione EOD nell'animale anziano non si discosta in maniera statisticamente significativa dal trattamento FD nel breve termine, mentre a 9 gg riporta i livelli di addotti su valori simili all'animale giovane; al contrario, il trattamento AD riporta i livelli di prodotti della perossidazione lipidica a valori simili al giovane già dopo 6 gg. Per quanto riguarda le citochine implicate nel processo riparativo, nel tessuto di granulazione dell'animale giovane si riscontra una diminuzione progressiva del contenuto di TGFbeta1 e TGFbeta2, mentre il TGFbeta3 non mostra nessuna variazione significativa col tempo. Ne risulta quindi una diminuzione del rapporto TGFbeta1-beta2/TGFbeta3, situazione che stimola il processo di guarigione. Nell'animale anziano FD si assiste invece ad una drammatica diminuzione dei livelli di TGFbeta1 a breve termine, compensata però nell'arco dei tre giorni successivi con valori simili o addirittura superiori all'animale giovane. Il trattamento AD riporta i valori di TGFbeta1 a livelli giovanili solo a lungo termine. Il TGFbeta2 non sembra essere influenzato dalla dieta mentre il TGFbeta3 mostra una significativa diminuzione. Di conseguenza il rapporto TGFbeta1-beta2/TGFbeta3 aumenta progressivamente con una tendenza al rallentamento della guarigione. Tale fenomeno nell'anziano FD sembra poi essere ulteriormente accentuato dalla diminuzione assoluta nei tempi brevi del contenuto di TGFbeta1. La restrizione calorica drastica non modifica in maniera profonda tale assetto, mentre il trattamento AD ripristina i valori di TFGbeta3 ai livelli giovanili già a 6 gg dall'operazione, migliorando in tal modo la capacità riparativa. Al rallentamento del processo riparativo nell'anziano sottoposto a restrizione calorica può inoltre contribuire la netta diminuzione nel lungo termine dei livelli di CTGF rispetto al giovane, indipendentemente dai trattamenti dietetici/farmacologici.
Conclusioni. La diminuzione dei livelli di stress ossidativo nel tessuto riparativo dell'animale anziano a dieta lieve (FD) potrebbe essere legata alla minor attività di "burst" respiratorio dei neutrofili e dei macrofagi, con una conseguente minor attività fagocitaria ed antibatterica e diminuzione dei livelli di TGFbeta1 e CTGF, con conseguente rallentamento del processo riparativo. La diminuzione dell'apporto calorico di per sé non sembra influenzare in maniera marcata tale processo, mentre la stimolazione dell'autofagia nell'anziano, mantenendo i livelli di TGFbeta3 sui valori giovanili, potrebbe avere un effetto positivo sul processo di guarigione in quanto è stato segnalato che elevati livelli assoluti di TGFbeta3 diminuiscono le dimensioni delle cicatrici.

(Finanziamenti dell'Università di Torino e della Regione Piemonte)

Deterioramento cognitivo e trattamento del dolore

C. Catananti, R. Liperoti, M. Soldato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo della ricerca. Il dolore non neoplastico nell'anziano è spesso un dolore di lunga durata. Il dolore persistente è definito tale se perdura da oltre 3 mesi; la sua prevalenza varia tra il 25 ed il 75%. Il dolore quotidiano, quello capace di interferire con le normali attività del vivere quotidiano affligge il 45-50% degli ultra65enni. Le persone anziane ricevono spesso un trattamento inadeguato, specie tra coloro con deterioramento cognitivo.
Lo scopo del nostro studio è stato quello di analizzare il trattamento farmacologico del dolore in una coorte di pazienti affetti da demenza.
Materiali e metodi. Abbiamo condotto uno studio descrittivo su pazienti ospiti di residenze sanitarie assistenziali. È stato utilizzato il database SAGE che contiene dati – raccolti con il Minimum Data Set – su tutti i residenti delle strutture in 5 stati degli Stati Uniti. Le analisi sono state condotte considerando il periodo 1998-2000. Sono stati identificati 161.446 pazienti di età superiore od uguale a 65 anni che alla valutazione multidimensionale risultavano soffrire di dolore quotidiano.
Risultati. Le condizioni cliniche più comunemente associate con la diagnosi di dolore giornaliero erano: osteoartrosi (40%), osteoporosi (17%), cancro (14%), e frattura di femore (12%). Un trattamento farmacologico antalgico era riportato per circa l'80% dei pazienti. Per una grande maggioranza (56%) il trattamento era a base di opioidi deboli; 23% utilizzavano FANS mentre gli oppiodi forte come la morfina e l'ossicodone erano utilizzati in meno del 2% dei pazienti. Ad una analisi multivariata, la presenza di deterioramento cognitivo prediceva il non trattamento antalgico (odds ratio [OR] 0.68; 95% intervalli di confidenza [CI] 0.66-0.70). La severità del deterioramento era ugualmente importante ed i paziente con demenza severa erano coloro maggiormente esposti alla probabilità di non ricevere alcun trattamento farmacologico per il dolore (OR 0.59; 95% CI 0.57-0.62). Tali associazioni risultavano indipendenti dall'età e dallo stato funzionale.
Conclusioni. I dati dello studio confermano che il deterioramento cognitivo è associato ad un minor ricorso alla terapia farmacologica antalgica anche nel caso in cui la valutazione multidimensionale abbia permesso di diagnosticare la presenza di dolore giornaliero. Questi risultati sono ancora più allarmanti ove si consideri che la valutazione e la diagnosi di dolore è molto difficile nei pazienti affetti da demenza moderata-severa, specie quelli con difficoltà a verbalizzare.

Utilità clinica di misure di performance fisica in pazienti anziani ricoverati per patologie acute

M. Cavalieri[1], G. Guerra[1], F. Sioulis[1], M. Ranzini[1], J. Guralnik[2], S. Volpato[1], R. Fellin[1]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [2] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda, MD, USA

Scopo. La valutazione dello stato funzionale è un aspetto fondamentale della valutazione multidimensionale del soggetto anziano. Alcune misure oggettive e standardizzate di performance fisica, quali la Short Physical Performance Battery (SPPB) e la forza di prensione della mano, sono importanti strumenti predittivi di disabilità e mortalità nella popolazione anziana istituzionalizzata e residente in comunità. In questo studio abbiamo valutato l'utilizzo della Short Physical Performance Battery (SPPB) e della forza di prensione della mano quali indicatori dello stato funzionale in soggetti anziani ricoverati per patologie acute.
Materiali e metodi. Abbiamo arruolato 92 pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati per patologie acute, in grado di camminare e senza grave deterioramento cognitivo (MMSE > 18). Ciascun paziente, oltre ad una accurata valutazione clinica, è stato sottoposto ad una valutazione multidimensionale comprendente stato funzionale, valutato con il grado di autonomia nelle attività di base (BADL) e strumentali (IADL) del vivere quotidiano 2 settimane prima del ricovero, stato cognitivo (MMSE) e livello di comorbilità valutato utilizzando la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS); di ogni paziente abbiamo ottenuto una valutazione della performance fisica, all'ingresso e alla dimissione, mediante Short Physical Performance Battery (SPPB: velocità di cammino su 4 metri, tempo impiegato per alzarsi 5 volte da una sedia, test dell'equilibrio) e forza di prensione della mano (N = 88).
Risultati. Nel campione considerato l'età media era 77.7 ± 6.4 anni (F = 48.9%), il punteggio medio alla CIRS era 8.9 ± 3.2 e la lunghezza media della degenza era 9.8 ± 4.8 giorni. Il punteggio medio alla SPPB all'ingresso era 6.1 ± 2.7 (M = 6.7, F = 5.4; p = 0.019) e correlava negativamente con età (r: -0.29; p = 0.004), comorbilità (r: -0.27; p = 0.009) e disabilità preesistente (per BADL r:-0.33, p = 0.0001; per IADL b: -0.51, p < 0.0001) e in modo positivo con il punteggio al MMSE (r: 0.32; p = 0.002). La forza di prensione della mano all'ingresso era anch'essa inversamente correlata all'età (r: -0.2; p = 0.007), al numero di IADL perse (r: -0.2; p = 0.01) ed era direttamente correlata con BMI (r: 0.2; p = 0.02) e punteggio complessivo alla SPPB (r: 0.3; p < 0.001). Come indicatore indiretto dello stato di salute abbiamo considerato la durata della degenza; all'analisi di regressione lineare multipla risultavano associati a una maggiore durata dell'ospedalizzazione (p < 0.05): sesso maschile (β-coef. 3.93), punteggio complessivo alla SPPB (β-coef. -0.43) e forza della mano (β-coef. -0.32), anche dopo aggiustamento per età, sesso, comorbilità e disabilità nelle attività quotidiane.
Conclusione. I risultati di questo studio suggeriscono l'utilità di inserire nella valutazione del paziente anziano ospedalizzato anche misure di performance fisica. I test considerati sono di facile esecuzione e forniscono informazioni aggiuntive rispetto alle misure tradizionalmente

utilizzate. La forza di prensione della mano potrebbe rappresentare un test alternativo nei pazienti che non sono in grado di camminare.

BIBLIOGRAFIA

1. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 1995;332:556-61.
2. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM.Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women:exploring the mechanism. J Am Geriatr Soc 2003;51:636-41.

Relazioni amicali negli anziani

P. Cavallero[1], B. Bertocci[2]

[1] Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Firenze; [2] Specializzanda alla Scuola di Psicologia della Salute, Bologna

Scopo. La ricerca ha lo scopo di indagare la percezione del legame amicale in un gruppo di anziani indicando come la presenza o l'assenza di questo rapporto con l'amico possa influire sulla vita relazionale, sulla solitudine e sull'appartenenza al luogo. Da recenti ricerche risulta infatti che il saper costruire e mantenere soddisfacenti relazioni di amicizia intima costituisca un rilevante fattore di protezione dal rischio psicosociale in grado di incidere significativamente sul benessere dell'individuo. L'amicizia, legame non vincolato biologicamente e che implica un contatto a due stabile, condiviso e privilegiato rispetto ad un gruppo di coetanei, anche nell'età senile, contribuisce a rafforzare la sensazione di sicurezza e di supporto sociale, permette di ricevere una conferma rispetto al proprio senso di Sè, a mantenere vivo il senso di appartenenza ad una comunità e a diminuire l'insorgere della solitudine e di sentimenti depressivi (1). Bisogna comunque sottolineare che l'anziano ha difficoltà a mantenere amicizie di lunga data visto che queste conoscenze stabilite in gioventù possono subire una forzata interruzione dovuta al verificarsi di una malattia, ad un cambio di residenza o alla morte (2).
Materiali e metodi. A 126 soggetti (40 maschi e 86 femmine) aventi un'età media di 72 anni e residenti in provincia di Nuoro, sono stati somministrati una scheda socioanagrafica, un Questionare sulla vita di relazione (appositamente costruito) e Scale sull'amicizia (Friendship Qualites Scale-FQS) (3), sulla solitudine (UCLA Loneliness Scale) (4) e sull'attaccamento al luogo (Urban Identity) (5).
Sui dati sono state applicate statistiche descrittive e sono stati effettuati confronti tramite le analisi del Chi quadrato e del "t" di Student.
Risultati. Dall'indagine risulta che questi anziani sono ben integrati nel contesto urbano, hanno buone relazioni sociali e si sentono raramente soli o isolati. Si evidenziano differenze staticamente significative nella percezione di solitudine e di attaccamento al luogo tra coloro che hanno un amico intimo e chi non ha tale tipo di rapporto.
Conclusione. Come da precedenti ricerche, anche in questo contesto si conferma l'importanza di avere relazioni amicali significative che facilitano l'individuo nell'affrontare imprevisti o problemi di salute e che aiutano a superare positivamente la perdita di ruolo e di status e che sostiene emotivamente anche nel caso di lutti.

BIBLIOGRAFIA

1. Fonzi A, Tani F, Tomada G. La funzione del legame amicale nell'arco di vita. Età Evolutiva 1998;60:87-92.
2. Bombi AS, Mocini. Le relazioni interpersonali nell'arco di vita. In: Di Prospero B (ed.), Il futuro prolungato. Roma: Carocci 2004; pp. 73-99.
3. Fonzi A, Tani F, Schneider B. Adattamento e validazione su un campione italiano della Scala sulla qualità dell'amicizia (F.Q.S.) di Bukowski, Hoza e Bovin, Giornale Italiano di Psicologia 1996;1:107-22.
4. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence, Journal of Personality and Social Psychology 1980;39:472-80.
5. Lalli M. Urban Related Identity: measurement and Empirical findings. Journal of Enviromental Psichology 1992;12:285-303.

Trombosi venosa profonda in anziani con embolia polmonare

E. Cavallo, S. Lissolo, F. Ronchetto

Ospedale ASL 9 Ivrea, Cuorgnè (To)

Scopo. Le forme clinicamente più rilevanti di embolia polmonare (EP) insorgono da un precedente sviluppo di trombosi venosa profonda (TVP) agli arti inferiori (1). Attualmente la strategia diagnostica degli episodi embolici polmonari comprende indagini strumentali, quali la TC del torace, l'ecografia venosa degli arti inferiori e l'angiografia polmonare. Allo scopo di definire l'incidenza di TVP in anziani con EP abbiamo condotto uno studio retrospettivo ospedaliero.
Materiali e metodi. Sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti i pazienti con diagnosi di EP (DRG 078) ricoverati nel Reparto di Geriatria degli Ospedali Riuniti del Canavese (ASL 9 Ivrea) dal 1 gennaio 2005 al 31 dicembre 2006 (24 mesi). Sono stati registrati: i dati demografici, l'*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) nel giorno di ammissione, malattie coesistenti, D-dimero (ELISA) e altri parametri di laboratorio, tests diagnostici per TVP ed EP, decorso clinico.
Risultati. Durante il periodo di studio i pazienti ricoverati sono stati 1411; 20 (1,4%) di questi – 9 uomini e 11 donne, con età media di 79,4 anni – avevano una diagnosi di dimissione di EP. L'evento era acquisito in comunità in 19 casi, in ospedale in un caso. Le più frequenti patologie coesistenti erano: ipertensione (8 pz.), insufficienza cardiaca (7 pz.) e BPCO (6 pz.), mentre 4 pz. avevano una concomitante polmonite e 3 pz. una recente frattura del femore. Nella tabella I compaiono i risultati dell'esame TC "spirale" del torace e nella tabella II i dati relativi all'ecografia venosa degli arti inferiori in 18 pazienti. Come è possibile osservare l'ecografia venosa è risultata positiva in 6 (33%) pazienti.

Tab. I. Localizzazione degli emboli polmonari alla TC spirale del torace e alla scintigrafia perfusionale polmonare.

Indagine	N. pazienti	Localizzazione emboli polmonari*….	Destra	Sinistra	Bilaterale
TC spirale	18	10	1	7	
Scintigrafia perfusionale	2	-	-	2	

*Arterie principali, lobari e segmentarie; in 9 (50%) of 18 casi diagnosticati con TC spirale l'embolo era nell'arteria principale (destra)

Tab. II. TVP arti inferiori all'indagine con US in 18 pazienti con EP.

	N. pazienti	US-TVP (n. pazienti)
a) Ecografia da compressione	8	2
b) Ecodoppler venoso	9	4
a + b	1	-
Totale	18	6 (33%)

US: ultrasuoni; US-TVP: trombosi venosa profonda confermata da ultrasuoni

Conclusione. L'indagine ecografica venosa degli arti inferiori è considerata diagnostica per EP se conferma la presenza di TVP in pazienti con sintomi di EP (2). Lo studio da noi condotto dimostra che la maggior parte dei pazienti anziani con EP non ha una *imaging* di TVP. Pertanto una negatività dell'indagine venosa agli arti inferiori tramite ultrasuoni in pazienti con sintomi di EP non esclude la possibilità dell'evento embolico polmonare.

Bibliografia

1. Kucher N, Tapson VF. Pulmonary embolism. In: Fuster V, et al. (eds). Hurst's The Heart. 11 edition, New York: McGraw Hill 2004; pp. 1593-1616.
2. Mac Gillavry MR, Sanson BJ, Buller HR, Brandjes DP. Compression ultrasonography of the leg veins in patients with clinically suspected pulmonary embolism: Is a more extensive assessment of compressibility useful? Thromb Haemost 2000;84:973-6.

Prevalenza e correlati del dolore all'anca e al ginocchio in soggetti ultrasessantacinquenni: lo studio InCHIANTI

F. Cecchi[1], A. Mannoni[2], E. Benvenuti[3], R. Molino Lova[1], C. Macchi[1], S. Ceppatelli[1], S. Bandinelli[3], F. Lauretani[4], L. Ferrucci[5]

[1]Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS, Presidio V. Caccini; [2] Unità operativa di Reumatologia, Azienda Sanitaria di Firenze; [3] Unità operativa Geriatria, Azienda Sanitaria di Firenze; [4] Azienda Sanitaria Regione Toscana, Firenze; [5]Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, Baltimore, Maryland, USA

Scopo della ricerca. Descrivere l'epidemiologia del dolore di anca (A) e di ginocchio (G) in una popolazione italiana rappresentativa di soggetti ultrasessantacinquenni: dati del baseline dello Studio InCHIANTI (1998-2000)(1).
Background. Il dolore articolare dell'arto inferiore può avere un alto impatto sulla qualità della vita e sulla funzione, ma pochi studi valutano il dolore di anca e di ginocchio nella stessa casistica (2-5).
Materiali e metodi. 1299 persone di età ≥ 65, estratti dal registro anagrafico di *Greve in Chianti* e *Bagno a Ripoli* (metodo di multistage sampling). Il lavoro attuale si riferisce ai 1006 soggetti (564 donne; 442 uomini) che hanno fornito una informazione completa per le variabili utilizzate in questa analisi. I soggetti che riferivano dolore di anca e/o di ginocchio nelle ultime 4 settimane sono stati considerati affetti dalla condizione in esame e le caratteristiche del loro dolore sono state descritte. Una serie di fattori psicosociali, fisici, clinici e funzionali identificati in letteratura come possibili correlati del dolore (5-8) sono stati testati in analisi aggiustate per sesso e per età e quindi sono stati introdotti in un modello di regressione multivariata.
Risultati. *A è stato riferito da* 11.9% dei partecipanti, mentre il 22.4% riferiva G e il 7.2% della popolazione dello studio riferiva sia A che G. A era indipendentemente correlato a G, rachialgia, percezione negativa del proprio stato di salute, ridotta abduzione dell'anca, ridotta potenza muscolare e aumentata flessibilità del tronco. G era indipendentemente correlato ad A, rachialgia, ridotta abduzione dell'anca, ridotta potenza muscolare e aumentata flessibilità del tronco; inoltre anche dolore riferito ai piedi, elevato body mass index, basso livello di istruzione, flessibilità e forza muscolare a livello del ginocchio erano significativamente associati al G.
Conclusioni: Abbiamo stabilito la prevalenza e i correlati del dolore di anca (A) e di ginocchio (G) in una popolazione anziana italiana. I correlati di A e G sono solo parzialmente sovrapponibili. In particolare entrambe le condizioni sono legata ad altri dolori articolari e ad una ridu-

zione specifica di forze e flessibilità dell'articolazione in questione, tuttavia A ma non G è risultato correlato ad una percezione negativa del proprio stato di salute, mentre G ma non A è risultato correlato all'obesità.

Bibliografia

1. Ferrucci L, Bandinelli S, Benvenuti E, Di Iorio A, Macchi C, Harris T, Guralnik JM. Subsystems contributing to the decline in ability to walk: bridging the gap between epidemiology and geriatric practice in the InCHIANTI Study. J Am Ger Soc 2000;48:1618-25.
2. Jordan J, Luta G, Renner J, Dragomir A, Hochberg M, Fryer J. Knee pain and knee osteoarthritis severity in self-reported task specific disability: the Johnston County Osteoarthritis Project. Rheumatol 1997;24:1344-9.
3. Spiers NA, Matthews RJ, Jagger C, Matthews FE, Boult C, Robinson TG, Brayne C. Diseases and impairments as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study.J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60:248-54.
4. Leveille SG, Ling S, Hochberg MC, Resnick HE, Bandeen-Roche KJ, Won A, Guralnik JM. Widespread musculoskeletal pain and the progression of disability in older disabled women. Ann Intern Med 2001;135:1038-46.
5. Dawson J, Linsell L, Zondervan K, Rose P, Randall T, Carr A, Fitzpatrick R. Epidemiology of hip and knee pain and its impact on overall health status in older adults. Rheumatology 2004;43:497-504.
6. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. Rheumatology 2000;39:490-6.
7. Salaffi F, Cavalieri F, Nolli M, Ferraccioli G. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. J Rheumatol 1991;18:1581-6.
8. Thumboo J, Chew LH, Lewin-Koh SC. Socioeconomic and psychosocial factors influence pain or physical function in Asian pactients with knee or hip osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2002;61:1017-20.

Citochine infiammatorie e densità minerale ossea in donne ed uomini ultra65enni: lo studio inCHIANTI

E. Cirinei[1], C. Ruggiero[1], G. Dell'Aquila[1], F. Lauretani[2], S. Bandinelli[3], A. Cherubini[1], D. Maggio[1], L. Ferrucci[4].

[1]Istituto di Geriatria e Gerontologia, Università di Perugia; [2]Agenzia della Salute Regione Toscana; [3]ASF Riabilitazione Geriatrica, Firenze; [4] National Institute on Aging, MD, USA

Scopo. Numerosi studi sperimentali suggeriscono che il TNF-α ha un ruolo centrale nella perdita di massa ossea. Non esistono studi che abbiano investigato la relazione tra TNF-α e parametri di densità minerale ossea su popolazione. Lo scopo di questo studio è quello di investigare la relazione tra TNF-α e la densità minerale ossea corticale (DMOc), quella trabecolare (DMOt) e lo spessore corticale (SC) in una popolazione di uomini e donne ultra 65enni.

Materiali e metodi. 518 donne e 431 uomini di età compresa tra 65-102 anni sono stati sottoposti a prelievo ematico per la determinazione dei livelli sierici di TNF-α e sono stati valutati con tomografia quantitativa computerizzata periferica ottenendo dati sulla DMOc, la DMOt e lo SC di tibia. I soggetti affetti da malattie metaboliche dell'osso, quali iperparatiroidismo e malattia di Paget e quelli in trattamento con farmaci che interferiscono con il metabolismo osseo sono stati esclusi. La relazione tra TNF-α e parametri di densità minerale ossea è stata valutata separatamente nei due sessi e mediante analisi multivariata di varianza dopo trasformazione logaritmica delle variabili non distribuite normalmente.
Risultati. Lo SC e la DMOt si associano positivamente, mentre la DMOc negativamente al TNF-α negli uomini. Nelle donne, la DMOc, la DMOt e lo SC si assosciano negativamente al TNF-α. Indipendentemente da età, BMI, vitamina D, paratormone, funzionalità renale, scompenso cardiaco, BPCO e diabete, l'associazione tra TNF-α e DMOc si modifica nei due sessi al variare del livello di attività fisica riferito all'ultimo anno (interazione sesso*attività fisica nella relazione tra TNF-α e DMOc p = 0.0177). Passando dai soggetti sedentari, a quelli con attività fisica lieve-moderata ed a quelli con attività moderato-severa, negli uomini si osserva un progressivo incremento di DMOt e SC a fronte di livelli di TNF-α sostanzialmente simili, mentre nelle donne si osserva un progressivo aumento di DMOc e SC associato a più bassi livelli sierici di TNF-α.
Conclusione. La relazione tra TNF-α sierico e densità minerale ossea è tendenzialmente diversa nei due sessi ed sembra essere influenzata dal livello di attività fisica del soggetto.

Bibliografia

Clowes JA, Riggs BL, Khosla S. The role of the immune system in the pathophysiology of osteoporosis. Immunol Rev 2005;208:207-27.

Pfeilschifter J, Koditz R, Pfohl M, Schatz H. Changes in proinflammatory cytokine activity after menopause. Endocr Rev 2002;23:90-119.

Ginaldi L, Di Benedetto MC, De Martinis M. Osteoporosis, inflammation and ageing. Immun Ageing 2005;2:14.

Lauretani F, Bandinelli S, Russo CR, Maggio M, Di Iorio A, Cherubini A, et al. Correlates of bone quality in older persons. Bone. 2006;39:915-21.

Eruzione cutanea fissa da Ramipril

G. Colloca, C. Palmacci, S. Aquila, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. Gli ACE-inibitori sono molto comunemente utilizzati nei pazienti anziani sia per il trattamento dell'ipertensione arteriosa che nello scompenso cardiaco. Circa l'1% dei pazienti che assume Ace-inibitori presenta effetti collaterali, i più frequenti dei quali sono rappresentati da manifestazioni dermatologiche. Il Ramipril è stato solo occasionalmente implicato in reazioni cutanee, la più impor-

tante delle quali è l'angioedema. In letteratura è stato riportato un singolo caso di sindrome di Steven-Johnson (1), alcuni casi di pemfigoide, di lichen planus pemfigoide e fotodermatiti allergiche. Altri autori hanno riportato alcuni casi di reazioni eritematose o maculari.

Caso clinico. Viene descritto il caso di un uomo di 65 anni, affetto da ipertensione arteriosa e dislipidemia in terapia con atorvastatina, bezafibrati e nitrendipina da più di un anno, che giungeva alla nostra osservazione per la comparsa improvvisa di una lesione cutanea eritematosa e pruriginosa sul polpaccio destro. Il paziente da circa sei settimane aveva intrapreso terapia con ramipril (2,5 mg al giorno) per scarso controllo dei valori pressori. La lesione cutanea presentava margini rotondeggianti (circa 1 cm di diametro), era fissa e leggermente sollevata rispetto alla cute circostante. Dopo un trattamento di sette giorni con Idrocortisone a livello topico, le dimensioni della lesione erano progressivamente aumentate (circa 2,5 cm di diametro) ed era comparsa una ulteriore lesione più piccola nelle adiacenze. Ipotizzando una lesione cutanea fissa (FDE) da farmaci è stato sospeso il trattamento con ramipril. Dopo due settimane dalla sospensione del farmaco, entrambe le lesioni erano regredite lasciando un'area iperpigmentata permanente, segno tipico di FDE. Per una diagnosi definitiva sarebbe stato necessario effettuare un rechallenge del paziente con lo stesso farmaco, (2) tuttavia, la sequenza cronologica degli eventi e il tipo di lesione sono stati considerati indicativi di FDE.

Conclusione. Questo caso suggerisce come il ramipril possa essere responsabile di una tipica FDE. Nonostante il preciso meccanismo patogenetico rimanga sconosciuto, il riscontro istologico di un infiltrato di linfociti T rinforza l'ipotesi che la FDE possa essere una reazione immunologica come da ipersensibilità ritardata. Sebbene le FDE possano essere considerate un problema clinico minore rispetto alle possibili lesioni cutanee osservate con gli Ace-inibitori, esse rappresentano una sfida diagnostica (3).

Bibliografia

1. Oskay T, Ozcelik T, Kutluay L. Stevens-Johnson syndrome associated with ramipril. Int J Dermatol 2003;42:580-1.
2. Lee A. Fixed drug eruptions. Am J Clin Dermatol 2000;1:277-85.
3. Steckelings UM, Artuc A, Wollschlager T, Wiehstutz S, Henz BM. Angiotensin-converting enzyme inhibitors as inducers of adverse cutaneous reactions. Acta Derm Venereol 2001;81:321-5.

La soddisfazione espressa dall'utente: un fattore di qualità in riabilitazione geriatrica

M. Colombo, M. Cairati, M. Cottino, G. Previderè, D. Ferrari, G. Procino, C. Gandolfi, R. Tararà, A. Mercanti, A. Guaita

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" e Fondazione Cenci-Gallingani, Abbiategrasso (Milano)

Scopo. La soddisfazione dell'utente si pone a fianco dei tre obiettivi primari della riabilitazione geriatrica (miglioramento funzionale e clinico, e ritorno al domicilio). Pertanto, abbiamo voluto stimare l'entità della soddisfazione riportata dalle persone anziane dimesse dai nostri reparti di riabilitazione extra-ospedaliera – o dai loro parenti, ed individuarne possibili fattori predittivi.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 506 anziani, di età 78 (± 8) anni, 9,7% femmine. Lo stato funzionale è stato misurato, in ingresso ed in dimissione, mediante l'Indice di Barthel, ricavandone il recupero funzionale relativo rispetto al potenziale riabilitativo. Riguardo alle condizioni cliniche, sono stati misurati, in ingresso ed in dimissione, gli indici di severità e di comorbosità della "Cumulative Illness Rating Scale". La soddisfazione dei ricoverati – o dei loro familiari – è stata rilevata - su tutti i dimessi, anche verso RSA – mediante un questionario apposito, che graduava su quattro livelli il gradimento rispetto ai risultati ed agli interventi clinici, riabilitativi ed assistenziali, nonché la bontà delle informazioni ricevute; veniva infine chiesto di esprimere il giudizio complessivo sulla degenza mediante un voto definito con un numero compreso tra 0 e 10. L'analisi statistica, descrittiva ed inferenziale, è stata condotta mediante il programma SPSS, versione 12.

Risultati. L'89,7% sono stati dimessi al domicilio; la durata della degenza è stata 43,8 (± 16,3) giorni. Il punteggio totale dell'indice di Barthel all'ingresso era 56,5 (± 25), con guadagno assoluto in dimissione di 21,4 ± 14,7 punti, corrispondente al 58,6 ± 31,8% del potenziale riabilitativo. All'ingresso, l'indice CIRS di severità era 2,1 ± 1,4; l'indice di comorbosità era 4,6 ± 2,1: i guadagni in dimissione 0,17 ± 0,19, e rispettivamente 1 ± 1,2. Un giudizio di miglioramento è stato riportato dal 91,3% degli intervistati – tra cui un 53,9% di "molto migliorati"; 100% di giudizi positivi sono stati assegnati agli interventi ed alle informazioni fornite dai medici (con 85% di massima soddisfazione); anche gli interventi di fisioterapisti, infermieri e personale di assistenza sfiorano il 100% di gradimento, così come la qualità alberghiera. Il voto assegnato (9,2 ± 1) aveva 10 come valore sia di moda che di mediana. Le correlazioni bi-variate del voto, in ordine decrescente di significatività, hanno riguardato: il guadagno% sul potenziale riabilitativo (r = .23, p.000), il punteggio totale all'indice di Barthel in dimissione (r = .18, p.000), il guadagno assoluto all'indice di Barthel (r = .1, p.021), il guadagno nell'indice di severità (r = .09, p = .043). La regressione multipla "stepwise" ha mantenuto solo il guadagno% sul potenziale riabilitativo quale unica variabile predittiva del voto finale (p.000).

Conclusione. L'obiettivo di ottenere livelli alti ed uniformi di soddisfazione nell'utenza – come fine complementare ai tre scopi primari nella riabilitazione geriatrica – è stato pienamente raggiunto. Il fatto che il guadagno% sul potenziale riabilitativo predica il voto finale ci sembra un dato che sostiene la sostanziale condivisione con l'utente di un obiettivo ragionevole, alla base del progetto di cura. La percezione della soddisfazione da parte dell'utenza si conferma come un "fattore di qualità" nell'ambito di una "riabilitazione di qualità".

Bibliografia

1. Colombo M, Cottino M, Previderè G, Ferrari D, Giorgi S, Gandolfi C, et al. Severità clinica e comorbosità: cosa si-

gnificano nella riabilitazione geriatrica. G Gerontol 2003;51:89-96.

2. Ferlucci C, Marengoni A, De Martinis M, Cossi S, Ghisla MK, Romanelli G, Leonardi R. Aspetti di qualità in geriatria: soddisfazione, qualità percepita e attesa in anziani ospedalizzati. G Gerontol 2003;51:26-34.

L'esercizio fisico determina aumento dell'attività della SIRT1 in ratti anziani

G. Corbi[1], B. Rinaldi[2], V. Conti[2], P. Stiuso[3], S. Boccuti[2], F. Rossi[2], A. Filippelli[2], N. Ferrara[1]

[1] Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise; [2] Dipartimento di medicina Sperimentale e Centro d'Eccellenza per Mal cardiovascolari, Seconda Università di Napoli; [3] Dipartimento di Biochimica, Seconda Università di Napoli

Scopo. SIRT1 è una deacetilasi istonica coinvolta nello stress ossidativo e nell'invecchiamento. Poiché il ruolo dell'invecchiamento e dell'esercizio fisico sull'attività della sirtuina nei ratti non è noto, abbiamo valutato gli effetti di un esercizio fisico prolungato e moderato sui cambiamenti età-correlati nell'attività di SIRT1 in cuore e tessuto adiposo di ratto.
Materiali e metodi. A tal fine sono stati comparati il cuore ed il tessuto adiposo di ratti giovani sedentari (età 6 mesi, n = 10), anziani sedentari (età 24 me, sin = 10) ed anziani allenati (età 24 mesi, n = 10). I ratti anziani allenati eseguivano un allenamento moderato su tapis roulant per 8 settimane. Su cuore e sul tessuto adiposo di tutti i ratti si è proceduto alla valutazione dell'attività di SIRT1 mediante kit assay, del danno perossidativo misurando la malondialdeide (MDA) e gli addotti proteici del 4-idrossinonenale (4-HNE), di MnSOD, catalasi e FOXO3a mediante western blot, e dell'mRNA di GADD45a, Cyclin D_2 e FOXO3a mediante RT-Pcr.
Risultati. L'invecchiamento riduceva l'attività della SIRT1 nel cuore ($p < 0.0001$) senza effetti nel teesuto adiposo, producendo un aumento della MDA ($p < 0.0005$; $p < 0.0001$) e 4-HNE ($p < 0.005$; $p < 0.0005$), ed una riduzione dell'espressione di Mn-SOD ($p < 0.02$) e catalasie ($p < 0.0001$) sia nel cuore sia nel tessuto adiposo. L'invecchiamento non modificava l'espressione proteica di FOXO3a nel cuore, e dell'mRNA di FOXO3a nel tessuto adiposo. L'esercizio fisico determinava un aumento dell'espressione proteica di FOXO3a nel cuore ($p < 0.02$) e dell'mRNA di FOXO3a nel tessuto adiposo, associato a più alti livelli di Mn-SOD ($p < 0.01$; $p < 0.005$) e catalasi ($p < 0.0001$; $p = 0.01$) sia nel cuore sia nel tessuto adiposo di ratti anziani. Nel cuore la maggiore attività di SIRT1 indotta dall'esercizio portava a riduzione nell'espressione del mRNA di Cyclin D_2 ed ad un incremento in quella di GADD45a. nel tessuto adiposo abbiamo trovato una simile riduzione nell'espressione del mRNA di Cyclin D_2, senza variazioni in quella di GADD45a.
Conclusione. Tali rilievi suggeriscono che l'esercizio fisico è in grado di aumentare l'attività di SIRT1 in ratti anziani.

Progressione del deficit cognitivo e uso di farmaci nella demenza di Alzheimer: risultati preliminari longitudinali del progetto ReGAL

V. Cornacchiola[1], S. Ercolani[1], M. Pace[1], E. Mariani[1], M. Caputo[2], F. Mangialasche[1], I. Montecucco[1], F.T. Feliziani[1], S. Leonardi[1], T. Raichi[1], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2] Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili ASL 2 Torino

Scopo. La durata della malattia di Alzheimer è molto variabile e la sua progressione spesso è influenzata anche da fattori potenzialmente modificabili, come potrebbe essere l'utilizzo di alcuni farmaci. Scopo di questo studio è quello di individuare eventuali associazioni tra il peggioramento del deficit cognitivo e specifiche classi farmacologiche.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 923 soggetti, valutati in 21 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra ottobre 2000 e luglio 2006 e rivalutati una seconda volta in follow up. Ciascun paziente è stato valutato, sia in basale sia nel follow up, secondo un protocollo standardizzato. Il deficit cognitivo è stato indagato mediante il Mini Mental State Examination (MMSE). Un'accurata anamnesi farmacologica è stata condotta sia in basale che nel successivo follow up. L'analisi dei farmaci è stata eseguita considerando le principali classi sulla base della classificazione internazionale ATC. Per alcune classi farmacologiche di particolare interesse si sono considerate anche sottoclassificazioni e per gli antipsicotici e gli anticolinesterasici sono state prese in considerazione anche le singole molecole.
Risultati. Il campione studiato prevalentemente è di sesso femminile (70.5%) con un'età media di 78.3 ± 5.7 anni, scolarità 5.5 ± 3.7 anni, punteggio medio basale MMSE 18.4 ± 5.3, CDR 1.5 ± 0.9, ADL totale 4.8 ± 1.5, numero medio di farmaci 3 ± 1.9, numero medio di malattie esclusa la demenza 4.1 ± 2.6. Dal baseline la differenza media del punteggio del MMSE è stata di -0.6 ± 3.1 (F -0.48 ± 3, M -0.89 ± 3.4, $p = 0.078$). Il 47.7% del campione studiato è andato incontro, in media dopo sei mesi, ad un peggioramento cognitivo valutato mediante MMSE. Verificando l'esposizione alle diverse classi farmaceutiche, la progressione del deficit cognitivo è risultata statisticamente influenzata in senso negativo dall'acido salicilico e dai suoi derivati (N02BA e B01AC05) ($p = 0.011$) e dagli ipoglicemizzanti orali-A10B ($p = 0.042$).
Tali associazioni risultano statisticamente significative anche correggendo per alcuni potenziali confondenti come i fattori socio-demografici, la comorbilità, la polifarmacoterapia, fattori di rischio vascolare e il punteggio del MMSE al baseline.
L'utilizzo di donepezil (N06DA02) ($p = 0.019$), in particolare al dosaggio di 10 mg ($p = 0.016$), invece, è associato ad un non peggioramento del punteggio del MMSE. Non risultano altre associazioni statisticamente significative tra le variazioni del punteggio del MMSE e altri farmaci antidemenza (sia considerati nel loro insieme che divisi per sottoclassi o nelle singole specialità). La non significatività statistica osservata nei soggetti in trattamento con rivastigmina potrebbe essere spiegata dal fatto che solo il 12% dei soggetti trattati utilizza un dosaggio pieno, a differenza del

donepezil dove il 31% dei soggetti raggiunge i 10 mg/die. Inoltre la durata media della terapia con donepezil è significativamente superiore (p < 0.001) a quella con rivastigmina (7.2 ± 9.9 mesi *vs.* 6.4 ± 10.9 mesi).
Conclusioni. Nella nostra popolazione la progressione del deficit cognitivo a sei mesi sembra essere influenzata dall'utilizzo dell'acido acetilsalicilico e dei suoi derivati e dagli ipoglicemizzanti orali indipendentemente dalla comorbilità e dai fattori di rischio cardiovascolare. Tra gli anticolinesterasici, il donepezil è l'unico che sembra avere un ruolo protettivo nella progressione della malattia di Alzheimer valutata con il MMSE.

Contenzione fisica in residenza sanitaria assistenziale. Un problema ancora aperto

C. Cornali, A. Bianchetti, M. Trabucchi

Residenza Sanitaria Assistenziale "Anni Azzurri" di Rezzato (Brescia). Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Obiettivo. Valutare la percentuale di contenzione fisica, le sue caratteristiche, le motivazioni di prescrizione e le conseguenze in una popolazione di residenti in una Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani (RSA).
Setting e Pazienti. Nel corso dell'anno 2006 sono stati valutati 225 ospiti di una RSA di 166 posti letto (età media 85.6 ± 8.5 anni, range 40-106; 78.7% donne; degenza media 2.8 ± 3.2 anni). Gli ospiti presentavano uno stato cognitivo-funzionale moderatamente compromesso: Mini-Mental State Examination (MMSE) 14.1 ± 9.7, Barthel index (BI) 42.7 ± 32.7. Nella struttura residenziale operano 6 medici non di estrazione geriatrica: un internista, un chirurgo, 3 medici di medicina generale e uno specialista della nutrizione.
Metodi (studio retrospettivo). Durante la fase iniziale di un progetto per il miglioramento della qualità in RSA è stato analizzato l'uso della contenzione fisica. Gli ospiti sono stati valutati mediante un'assessment geriatrico multidimensionale, registrando le condizioni d'ingresso e delle valutazioni compiute a giugno e novembre 2006.
Risultati. 124 ospiti sono contenuti (55.9%); di questi una metà (n.62) solo con sponde al letto, gli altri anche con differenti mezzi (35.5% cintura addominale/fascia pelvica in carrozzina, 19.4% tavolino applicato alla carrozzina, < 8% fasce/cinture al letto, polsiere, pettorine in carrozzina, divaricatore inguinale).
La motivazione principale segnalata nel fascicolo personale della necessità di contenzione è l'equilibrio instabile (43.8%), seguito dalla completa incapacità a mantenere l'ortostatismo (32.2%) e dalla non consapevolezza del rischio di caduta a causa del deficit cognitivo (19.8%).
I soggetti contenuti rispetto ai non contenuti hanno una maggior prevalenza di demenza, malattie psichiatriche, neurologiche e osteomuscolari, sono più severi il decadimento cognitivo (MMSE 8.9 ± 8.8 *vs.* 18.2 ± 8.5, *p*.000), i disturbi comportamentali (irritabilità 71.5% *vs.* 46.4, *p*.000; irrequietezza 69.9% *vs.* 40.2%, *p*.000), la disabilità funzionale e motoria (BI 18.9 ± 22.2 *vs.* 63.1 ± 28.3, *p*.000; BI-item mobilità 5.7 ± 9.5 *vs.* 23.2 ± 13.1, *p*.000). In una regressione logistica multivariata correggendo per le possibili covariate, i determinanti della prescrizione di contenzione fisica sono l'irrequietezza (RR 2.22 95%CI 1.33-3.71, *p*.002), il BI mobilità (RR 0.91 95%CI 0.88-0.94, *p*.000) e il MMSE (RR 0.95 95%CI 0.91-0.99, *p*.025).
Lo stato funzionale-motorio peggiora nell'arco di 5 mesi in modo più significativo nel gruppo dei contenuti rispetto ai non-contenuti: la perdita di punti al BI è di 5.7 ± 11.7 *vs.* 2.5 ± 11.4 rispettivamente, *p*.044 (-26% *vs.* -4%, *p*.000) e ai soli item mobilità è di 1.8 ± 4.8 *vs.* 0.9 ± 5.3 (-38% *vs.* -4%, *p*.000). Nello stesso periodo, l'uso di contenzione si associa a più frequenti eventi acuti intercorrenti, intesi come infezioni, eventi cardiovascolari, subocclusioni intestinali e ictus (contenuti 78.2% *vs.* non-contenuti 57.1%, *p*.001), ma non alle cadute. In modelli di regressione multivariata, la contenzione è fattore di rischio indipendente per il peggioramento funzionale (RR 2.82 95%CI 1.38-5.78, *p*.005) e gli eventi acuti intercorrenti (RR 3.79 95%CI 1.63-8.82, *p*.002).
Conclusioni. A 20 anni dalla pubblicazione del documento noto come OBRA-87 (Federal Nursing Home Reform Act from the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987), la contenzione fisica rappresenta ancora sul piano clinico un vasto problema nelle residenze sanitarie per anziani. La raccolta analitica di dati epidemiologici permette di evidenziare gli aspetti critici delle procedure medico-assistenziali, proponendo quindi specifici inteventi educativi. L'obiettivo non è moralistico, ma quello di indurre maggior consapevolezza delle conseguenze di azioni che, sebbene talvolta ineluttabili, sono sempre fonte di rischio per il paziente.

Un progetto di prevenzione delle cadute in una popolazione di circa 25.000 ultra 75enni residenti nella ULSS 16 di Padova: risultati preliminari dal Progetto Anziano

M.C. Corti, A. Papa, A. Gottardo, A. Basta, L. Miconi, M. Borsatto, F. Focarile, S. Elvini, D. Donato

Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 16, Padova

Premessa. Le cadute sono una importante causa di morbidità e mortalità nell'anziano. Le cadute sono la principale causa di frattura di femore e la seconda causa di trauma cranico associato a ricovero nell'anziano. Nell'ambito di un più ampio progetto denominato Progetto Anziano mirato a migliorare la salute dei soggetti ultra 65enni, sono stati identificati quattro interventi di prevenzione e screening (prevenzione delle cadute, counseling per una corretta alimentazione, promozione dell'esercizio fisico e screening della vista) indirizzati a quattro diverse popolazioni stratificate per distretto di residenza.
Pazienti e metodi. Per la prevenzione delle cadute, sono stati identificati 2 distretti di intervento (25.000 persone di età ≥ 75 aa) ed un distretto di controllo (10.000 persone di età ≥ 75). È stato predisposto uno specifico piano d'intervento della durata di tre anni, che mettesse in sinergia una equipe multi-disciplinare composta dai medici di MG, fisioterapisti e Fisiatri con l'obiettivo di: (A) individuare tutti i pazienti ad alto rischio residenti nei due distretti; (B) eseguire su di essi l'intervento per ridurre i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. Il medico di MG individua i soggetti a rischio, valuta le condizioni di salute (PAO, deficit sensoriali, farmaci, patologie neurologiche e scheletriche) esegue interventi correttivi, al bisogno attiva l'inter-

vento del fisioterapista. In una secondo tempo, il fisioterapista interviene a domicilio su fattori di rischio ambientali e se necessario, propone l'intervento fisiatrico per la prescrizione/modifica di ausili o altri interventi.
Risultati. Nel corso del 2006 sono stati eseguiti interventi su 2785 pazienti di cui il 73% erano donne (pari al 12% della popolazione della stessa età residente nei due distretti) risultavano positivi ad uno dei criteri di rischio (1 o + cadute nell'ultimo anno, dimissione ospedaliera o accesso al PS per sincope o trauma negli ultimi tre mesi, positività al Get up&Go test). In seguito all'intervento tutt'ora in corso, sono stati misurati i tasso di ricovero per frattura di femore della popolazione dei due distretti in cui è stato eseguito l'intervento, confrontandolo con il tasso del distretto di controllo, la cui popolazione presenta condizioni di salute e di rischio simili. I periodi presi in considerazione sono stati il 4° trimestre 2005 e 1° trimestre 2006 nei confronti del 4° trimestre 2006 e 1° trimestre 2007. In termini assoluti, e' stato osservato un incremento di fratture del 25% nel distretto di controllo, mentre nei due distretti d'intervento l'incremento è solo del 3,4%. Aggiustando questo per l'incremento della popolazione anziana ed al suo relativo invecchiamento, l'incremento di rischio di frattura di femore per il Distretto di controllo è del 13,2% mentre il decremento nei due distretti di intervento è del -1,1%. Rispetto ai ricoveri con trauma cranico l'incremento nel distretto di controllo è stato del 21%, mentre nei distretti d'intervento, l'incremento è stato del 5,1%.
Conclusioni. I dati preliminari suggeriscono una riduzione della morbidità nei due distretti su cui si è operato, rispetto al distretto di controllo. L'obiettivo futuro è quello di estendere il processo a tutti i distretti, sensibilizzando in modo pertinente gli operatori e i pazienti sull'importanza della prevenzione attraverso interventi personalizzati sui soggetti ad alto rischio anche attraverso cambiamenti di stili di vita.

Revisione degli strumenti in uso per la valutazione del carico di lavoro infermieristico nei pazienti in assistenza domiciliare

G. Cosaro[1], G. Borin[1], M.G. Pretti[1], S. Spaliviero[2], C. Pegoraro[3]

[1] ULSS n. 4 Alto Vicentino, [2] ULSS n. 8 Asolo, [3] ULSS n. 16 Padova

Scopo. Un progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata (RSF) della Regione Veneto – tuttora in corso – ha affidato alle ULSS 4-8-16 il compito di definire un sistema di classificazione del case-mix dei pazienti in Assistenza Domiciliare (AD) nel Veneto. La classificazione dei pazienti in AD secondo criteri di gravosità assistenziale è una questione complessa e molto dibattuta fra gli operatori dei servizi domiciliari; al di là degli aspetti economici e programmatori infatti essa ha forti implicazioni professionali e di servizio. Gli Infermieri delle ULSS 4-8-16 hanno quindi voluto contribuire attivamente alla RSF attivando una procedura formale di consenso sui contenuti della "Scheda Bisogni" in uso, allo scopo di individuare a priori alcuni bisogni fortemente indicativi della gravosità assistenziale.ed avviando una revisione di letteratura sugli strumenti di classificazione del carico di lavoro infermieristico.
Materiali e metodi. La valutazione infermieristica routinaria dei pazienti in AD viene effettuata in Veneto tramite una "Scheda Bisogni" che raggruppa 13 "problemi di salute" che si articolano in 54 "Bisogni Assistenziali", e fa parte integrante dal 2004 del Minimum Dataset dell'AD del Veneto. La "Scheda Bisogni" viene compilata per ogni paziente che necessita di assistenza infermieristica domiciliare e viene aggiornata ogniqualvolta vi siano dei mutamenti rispetto alla situazione precedentemente rilevata; essa è quindi la base per la definizione del piano di assistenza individuale, delle risorse da assegnare per quello specifico paziente e quindi per la distribuzione dei carichi di lavoro tra gli Infermieri dell'AD.
La procedura di consenso sui contenuti della "Scheda Bisogni" in uso è stata effettuato da un gruppo di 19 Infermieri, ai quali è stato chiesto di rispondere ad un questionario inviato per e-mail, dando un giudizio con punteggio da 1 a 5 sui singoli bisogni rispetto ai criteri di "predittività" (capacità di determinare anticipatamente la quantità di risorse infermieristiche necessarie) e "riproducibilità" (uniformità di valutazione fra persone/equipes diverse). Sono stati ritenuti di interesse i bisogni che hanno ricevuto un punteggio complessivo ≥ 19, cioè quelli riconosciuti – in media – come altamente predittivi e riproducibili da ciascun infermiere.
La revisione di Letteratura è stata effettuata da 3 Coordinatori Infermieristici che hanno individuato 19 articoli rilevanti in tema di classificazione infermieristica dei pazienti in AD ed hanno predisposto una scheda di rilevazione, articolata nelle seguenti voci: autori e rilevatori / setting / obiettivo della classificazione / fonte dei dati / assi valutativi, schema classificatorio, "pesi" dei pazienti / validità di contenuto e di costruzione / riproducibilità / performance statistica / ambito di eventuale applicazione tariffaria / note. Ciascuno Coordinatore revisiona e scheda in maniera indipendente gli articoli, individuando i criteri classificativi ritenuti più rilevanti.
Risultati. La procedura di consenso sulla scheda bisogni ha permesso di individuare come condivisi (riproducibilità) e rilevanti (predittività) i seguenti bisogni: relazione d'aiuto (punti 29), gestione dolore (29), counselling e supporto allo stress (28), trattamento lesioni da decubito di III / IV grado multiple (25), educazione teorico-pratica dei familiari per integrità cutanea (24), supporto al lutto (22), gestione di CVC / porth-cath (22), trattamento ulcere trofiche (21), trattamento lesioni da decubito di III / IV grado singole (20), gestione terapia con microinfusori / elastomeri (20), gestione alimentazione parenterale (19), educazione terapeutica teorico-pratica dei famialiari per l'alimentazione (19).
Gli articoli rilevanti individuati si riferiscono ai seguenti Paesi: USA 9, Canada 3, Regno Unito 3, Italia 1, Altri Paesi Europei 3. La revisione degli articoli è in corso e si concluderà entro la fine di Agosto con la compilazione delle schede da parte di ciascun revisore e con una sessione plenaria di discussione delle schede stesse.
Conclusione. La procedura di consenso sulla "Scheda Bisogni" in uso pone al centro dell'attenzione un gruppo ben delineato di pazienti gravosi, cronicamente allettati o in situazione di terminalità, che pongono specifici problemi non soltanto di tecnica infermieristica ma anche educativi (es. valutazione della compliance e addestramento dei familiari), relazionali (es. stato di terminalità) ed affettivi (es. elaborazione del lutto). Nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata sulla classificazione degli assistiti in AD, tali bisogni verranno testati empiricamente su un am-

pio campione di pazienti allo scopo di valutarne la capacità predittiva.

Bibliografia

1. Scaccabarozzi G et al. La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare in "La remunerazione delle attività sanitarie". Bologna: Società Editrice il Mulino, 2006.
2. Medicare program: Home Health Prospective Payment System Refinement and rate Update of Calendar Year 2007; proposed Rule. Federal Register, May 4, 2007 42 CFR Par 484

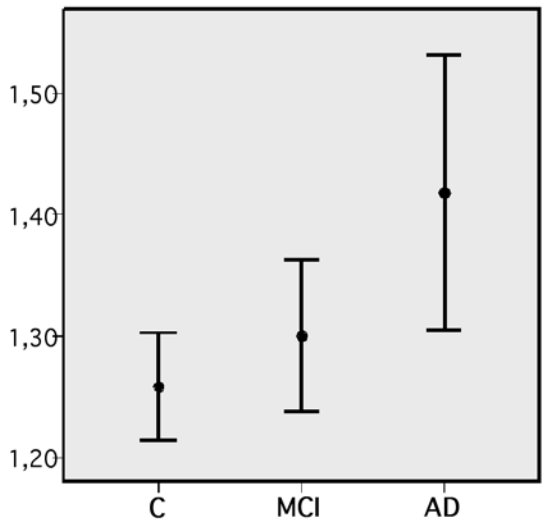
La risonanza magnetica spettroscopica nello studio del deterioramento cognitivo

E. Costanzi[1], M. Pigliatile[1], S. Ercolani[1], L. Spazzafumo[2], R. Tarducci[3], E. Mariani[1], F.T. Feliziani[1], A. Metastasio, M. Ricci[1], V. Serafini[1], P. Rinaldi[1], G.P. Pelliccioli[4], G. Gobbi[3], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1]Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2]INRCA, Ancona; [3] S.C. Fisica Sanitaria e [4] S.C. Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera di Perugina

Scopo. Negli ultimi anni sono molte le risorse messe in campo per poter individuare markers precoci di progressione di declino cognitivo. Scopo del presente studio è quello di individuare eventuali markers metabolici spettroscopici in grado di discriminare tra soggetti normali, soggetti con Mild Cognitive Impairment e soggetti con demenza di Alzheimer.
Materiali e metodi. sono stati arruolati 90 soggetti afferiti al Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia per riferiti deficit cognitivi. Ciascun paziente è stato accuratamente valutato con gli strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica e sottoposto a valutazione psicometrica per evidenziare eventuali deficit cognitivi compatibili con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) o Demenza di Alzheimer (AD). Sono stati inoltre arruolati e sottoposti alla stessa valutazione clinica e strumentale 45 soggetti cognitivamente integri (C).
Ciascun soggetto è stato sottoposto a risonanza magnetica spettroscopica presso la S.C. Fisica Sanitaria di Perugia, ove sono stati dosati alcuni metaboliti coinvolti nei processi cognitivi in entrambi gli emisferi cerebrali: N-AcetilAspartato (NAA), Colina (Cho) e Mioinositolo (MI).
Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 45 soggetti integri (F 40%, età media 72.2 ± 4.9, scolarità 6.6 ± 3.2, MMSE 29 ± 1.2), 65 soggetti con MCI (F 46.2%, età media 74.5 ± 6.9, scolarità 7.1 ± 4.3, MMSE 26.9 ± 2.2) e 25 soggetti con AD (F 68%, età media 76.7 ± 4.8, scolarità 5.5 ± 2.7, MMSE 20.7 ± 4.0).
Nell'analisi dei singoli metaboliti, il MI dosato su entrambi gli emisferi si differenzia in modo statisticamente significativo tra C e AD (p = 0.004) e MCI e AD (p = 0.028) (figura). Considerando il metabolita nei due diversi emisferi, a destra MI è in grado di discriminare tra C e AD (P = 0.030), mentre il MI dell'emisfero di sinistra discrimina tra i C e gli AD (p = 0.002) e tra i MCI e gli AD (p = 0.004). Risultati analoghi si ottengono correggendo per sesso ed età.

Fig. 1.



Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative nell'analisi dei dati relativi al NAA e alla Cho.
Conclusioni. Nella nostra popolazione il Mioinositolo, dosato attraverso tecnica di risonanza magnetica spettroscopica, sembra essere in grado di discriminare tra soggetti con deficit cognitivo lieve di tipo MCI e soggetti con demenza di Alzheimer. Sono necessari ulteriori studi per confermare questo dato e soprattutto per individuare gli eventuali elementi in grado di discriminare precocemente tra i soggetti con MCI quelli a maggior rischio di progressione verso una demenza franca, al fine di poter concentrare su questo gruppo di soggetti eventuali trattamenti preventivi.

Effetti della Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) in un compito di denominazione in pazienti con diversi livelli di gravità di Malattia di Alzheimer

M. Cotelli[1], R. Manenti[2], S.F. Cappa[2], M. Calabria[1], C. Geroldi[1], O. Zanetti[1], P.M. Rossini[1 3], C. Miniussi[1 4]

[1]IRCCS S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia; [2]Department of Neuroscience, Vita Salute University and San Raffaele Scientific Institute, Milan; [3]AFaR Department of Neuroscience, Isola Tiberina, & Neurology, University Campus Biomedico, Roma; [4] Department of Biomedical Sciences and Biotechnologies, University of Brescia

Scopo della ricerca. L'anomia rappresenta il disturbo di linguaggio più frequente nei primi stadi della Malattia di Alzheimer (AD). Diversi studi hanno dimostrato che in pazienti afasici e in pazienti con demenza la denominazione di azioni risulta più compromessa della denominazione di oggetti (1, 2). In uno studio che utilizzava la stimolazione magnetica trancranica ripetitiva (rTMS) in soggetti giovani Cappa et al. (3) ottennero un effetto di facilitazione selettivo per la denominazione di azioni quando i soggetti venivano stimolati sulla corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) si-

nistra. Cotelli et al. (4) hanno osservato un miglioramento dell'accuratezza della denominazione in pazienti AD.
L'obiettivo nel nostro lavoro è lo studio degli effetti della rTMS in un compito di denominazione di azioni e di oggetti in pazienti con diverso grado di malattia. I pazienti sono stati di in due gruppi: un gruppo di 10 pazienti AD con MMSE > 18 e in un gruppo di 12 AD con MMSE < 18.
Materiali e metodi. È stata applicata la rTMS ad alta frequenza e sono stati registrati i tempi di risposta e l'accuratezza in un compito di denominazione. Contemporaneamente alla presentazione degli stimoli (azioni o oggetti) venivano somministrati treni di impulsi a 20 Hz con uno stimolatore magnetico ad un'intensità pari al 90% della soglia motoria. Durante la stimolazione la sonda poteva essere posizionata sulla corteccia prefrontale destra o sinistra. È stato utilizzato un neuronavigatore (apparato 3-D digitizer) per computare con precisione la posizione di queste aree attraverso l'impiego di una risonanza magnetica media (template). È stata inclusa una condizione di controllo rappresentata dall'utilizzo della sonda placebo (stimolazione sham).
Risultati e conclusioni. Nei pazienti con MMSE > 18 i risultati evidenziano un miglioramento selettivo dell'accuratezza della denominazione di azioni dopo stimolazione destra e sinistra. Mentre nei pazienti con maggiore severità di malattia (MMSE < 18) osserviamo un miglioramento della denominazione sia di oggetti che azioni dopo stimolazione destra e sinistra. RTMS sembra modificare le abilità di denominazione in relazione al grado di decadimento cognitivo generale. Questi dati suggeriscono un nuovo approccio per la riabilitazione dei disturbi del linguaggio.

BIBLIOGRAFIA

1. Crepaldi D, Aggujaro S, Arduino LS, Zonca G, Ghirardi G, Inzaghi MG, et al. Noun-verb dissociation in aphasia: the role of imageability and functional locus of the lesion. Neuropsychologia 2006;44:73-89.
2. Robinson KM, Grossman M, White-Devine T, D'Esposito M. Category-specific difficulty naming with verbs in Alzheimer's disease. Neurology 1996;47:178-82.
3. Cappa SF, Sandrini M, Rossini PM, Sosta K, Miniussi C. The role of the left frontal lobe in action naming: rTMS evidence. Neurology 2002;59:720-3.
4. Cotelli M, Manenti R, Cappa SF, Geroldi C, Zanetti O, Rossini PM, et al. Effect of transcranial magnetic stimulation on action naming in patients with Alzheimer disease. Arch Neurol 2006;63:1602-4.

Efficacia di un trattamento di terapia occupazionale della mano con artrosi nel paziente anziano

C. Cotroneo[1], G. De Angelis[1], D. Ricciardi[1], T. La Teano[1], G. Zuccalà[1], F. Landi[1], R. Bernabei[1], A. Tafani[1]

[1] Centro di Medicina per l'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)

Introduzione. In Italia l'artrosi colpisce il 21% delle donne e il 16% degli uomini ultrassessantacinquenni per un totale di circa 4 milioni di soggetti (1). Un importante studio epidemiologico, il PROVA (PROgetto Veneto Anziani), condotto nella regione Veneto su oltre 3000 ultrasessantacinquenni, ha analizzato la frequenza dell'artrosi effettuando radiografie di anche, mani ginocchia e fotografie delle mani, rilevando che il 19% dei partecipanti era affetto da artrosi delle mani, il 20% delle ginocchia e l'11% dell'anca e che gravi limitazioni funzionali e disabilità affliggevano il 14% delle donne ed il 10% dei maschi colpiti da artrosi. se si snalizza il dato relativo ai costi si scopre che i costi totali, che comprendono sia quelli diretti che gli indiretti, sono stati stimati per l'Italia intorno ai 13.000 miliardi di lire. La spesa globale annua pro capite è di circa 455 Euro, a cui contribuiscono con 293 Euro le spese per la terapia, con 122 Euro le spese per la diagnostica e con 44 Euro le spese destinate alla prevenzione ed alla cura della gastropatia.
Tenendo conto infatti della prevalenza dell'artrosi nelle svariate forme reumatiche, l'artrosi stessa ricopre il 9,4% di tutte le patologie ed è la causa più frequente di invalidità transitoria o permanente nella popolazione italiana. Si calcola inoltre che a 70 anni la frequenza dell'artrosi secondo la localizzazione è del 40% per le interfalangee distali, del 15% per le interfalangee prossimali, del 30% per la trapezio-metacarpale, dal 30 al 40% per le ginocchia e del 10% per le anche.Altre localizzazioni sono a livello delle interfalangee distali (noduli di Heberden) e delle interfalangee prossimali (noduli di bouchard).
Tale quadro è particolarmente invalidante poiché determina impotenza funzionale e dolore, impedendo il riposo notturno ed il normale svolgimento delle comuni attività del vivere quotidiano durante il giorno.
I pazienti che ne sono affetti, riducono gradualmente la loro partecipazione alle attività e nei casi più gravi risentono di una riduzione del livello di autonomia; quando la sintomatologia non è tale da dare un danno funzionale che comprometta lo svolgimento delle ADL e IADL, il paziente tende a svolgere quest'ultime con dolore o assumendo posture viziate o compensatorie che a lungo termine sono responsabili di dolore e deformità in altri distretti. Tale condizione può comportare inoltre una riduzione del tono dell'umore.
Scopo dello studio. Scopo del nostro studio è dimostrare l'efficacia del trattamento di Terapia Occupazionale in pazienti affetti da artrosi della mano, quantificando i risultati che si ottengono in termini di recupero della funzionalità (destrezza), riduzione del dolore, e i miglioramenti della qualità di vita dovuti al fatto che il paziente è di nuovo autonomo e soddisfatto nello svolgimento delle attività per lui significative.
Materiali e metodi. Lo studio si è svolto nel DH di medicina dell'invecchiamento del Policlinico Universitario Agostino Gemelli, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nel trimestre da maggio a luglio. Il disegno dello studio è quello di un trial clinico randomizzato singolo cieco cross over. Sono stati arruolati 30 pazienti. Il primo gruppo (15 pazienti) ha effettuato l'intervento secondo il protocollo di terapia occupazionale, mentre il secondo gruppo (15 pazienti) ha eseguito l'intervento che prevedeva un ciclo di magneto terapia e ultrasuoni in acqua. Dopo le prime 10 sedute, e dopo un periodo di washout di 2 settimane, il gruppo che ha cominciato con il protocollo di terapia occupazionale ha effettuato il ciclo di magneto e

ultrasuoni, mentre il gruppo che aveva cominciato con gli ultrasuoni e la magnetoterapia ha eseguito il protocollo di terapia occupazionale.
All'inizio del trattamento, prima dell'"incrocio" e in dimissione, i pazienti sono stati valutati tramite una batteria composta dai seguenti strumenti di valutazione: la scala Dash, il Jebsen Taylor hand functional test, l'A.D.L. e la I.A.D.L, la scala Vas e la scala di soddisfazione del tutore.
Risultati. Attualmente l'analisi statistica dei dati raccolti è in corso.

Bibliografia

B.M. Coppard. Introduction to splinting a clinical-reasoning and problem solving approach.

L. Stella. Bendaggio di arto superiore.

J.C. Colditz. Splinting with neoprene.

M. Formica. Trattato di Neurologia Riabilitativa.

R. Grenwood. Riabilitazione delle Malattie Neurologiche.

Consensus italiana sulle accomandazioni dell'EULAR 2003 per il trattamento dell'artrosi del ginocchio. Reumatismo, 2004;56:190-201.

Ciocci A, Mauceri T. Epidemiologia e costi sociali dell'artrosi in Italia: dati recenti. Reumatismo 1994;46:14-20.

Efficacia dell'intervento dietistico sull'introito alimentare in anziani ricoverati affetti da demenza

A. Crippa[1], G. Mura[1], M. Valtorta[1], C. Negri Chinaglia[2], E. Curci[2]

[1] UOS Dietologia e Nutrizione Clinica ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio, Milano; [2] UOS Dipartimentale Riabilitazione Alzheimer ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Scopo. La malnutrizione proteico-energetica è una comorbilità frequente nei pazienti con Demenza (D) (1). È noto dalla letteratura che l'intervento nutrizionale in dementi istituzionalizzati favorisce l'aumento dell'introito alimentare e ciò anche quando l'intervento si limita alla sola osservazione dell'introito (2, 3). Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di un Intervento Dietistico (ID) nel favorire la copertura dei Fabbisogni Minimi Raccomandati (FMR) proteici ed energetici (4) in anziani dementi ricoverati in un Nucleo Alzheimer riabilitativo.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 32 pz, ricoverati consecutivamente in un Nucleo Alzheimer del Pio Albergo Trivulzio di Milano nel periodo maggio-luglio 2006; 25 hanno concluso l'osservazione (4 †, 3 trasferiti), 5M e 20F, età 81,5 ± 6,34 (72-89, mediana 79), affetti da D Alzheimer (28%), D Mista e Vascolare (24%), S. Depressiva (12%), D corpi di Lewy, MCI e Parkinson D (4%); con gravità alla scala CDR: dubbia 4%, lieve 8%, moderata 32%, grave 28%, molto grave 24%, terminale 4%; punteggio UCLA NPI (su 144) 32,9 ± 16,10 (8-58, mediana 32,5) e Mini Mental State (su 30) 6,4 ± 9,24 (0-30, mediana 0). Entro le prime due settimane di ricovero (T0) e dopo almeno 6 sett (Tf) sono stati rilevati: Peso Corporeo, Indice di massa corporea (BMI); FMR proteici e calorici; Introito alimentare spontaneo Proteico (IntakeP) e Calorico (IntakeC) con osservazione diretta dei 3 pasti e calcolo dell'introito medio quotidiano sulle ingesta di 3 gg; Copertura dei FMR per kcal e g di proteine (Intake/FMR*100). Tra T0 e Tf l'ID seguiva i seguenti criteri: in caso di IntakeP e IntakeC basali ≥ FMR, osservazione e stimolazione ai pasti; in caso di IntakeP o C basali < FMR, si aggiungeva un intervento finalizzato a migliorare l'introito nutrizionale personalizzato in base a: Carenza, Autonomia all'alimentazione, Capacità di masticazione/deglutizione, Tipo di alimentazione precedente al ricovero.
Risultati. A T0 nel 24% dei casi IntakeP/C erano ≥ FMR e l'ID si è limitato a osservazione e stimolazione ai pasti; nel 48% si è potuto intervenire con indicazioni verbali al personale di assistenza per guidare le scelte verso alimenti del vitto comune più ricchi di nutrienti plastici e/o ad alta densità calorica (28%) e/o di facile masticazione/omogenei per consistenza (20%); nel 20% si è intervenuti con prodotti dietetici/spuntini ipernutrienti forniti dalla Cucina Dietetica.; nell'8% dei casi è stato formulato un programma nutrizionale personalizzato con presa in carico da parte del Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica (SDNC). I risultati, seppur non significativi al t-test, evidenziano un aumento dell'Intake calorico e proteico (aumento dei valori di mediana) che è da ritenersi significativo sul piano clinico: I pz che non coprono il FMR a T0 si riducono a Tf dal 60 al 36% (quota calorica) e dal 56 al 48% (quota proteica). Il calo di peso osservato deve tenere conto che un terzo dei casi proviene da reparti di ortopedia per esiti frattura femore e ha elevati fabbisogni nutrizionali, che il ricovero si accompagna solitamente a peggioramento dello stato nutrizionale e che i valori medi sono fortemente condizionati dai pazienti in aggravamento con peggioramento del quadro internistico.
Conclusione. L'intervento dietistico si è dimostrato efficace nel migliorare l'introito alimentare in anziani dementi ricoverati. L'osservazione attenta e competente è stata in grado di garantire un miglioramento significativo sul piano clinico dell'apporto proteico e calorico, limitando l'intervento diretto del SDNC al solo 8% dei casi

PARAMETRO	T0					Tf				
	Media ± DS		Range		Mediana	Media ± DS		Range		Mediana
Peso corporeo(kg)	56,0 ± 11,58		32,0 - 82,0		54,0	53,6 ± 10,62		30,0 - 79,1		50,0
BMI (kg/m^2)	22,4 ± 4,05		14,2 - 29,1		23,1	21,5 ± 3,79		13,3 - 27,9		21,7
FMR (Kcal)	1229,8 ± 160,27		963,6 - 1695,4		1186,3					
IntakeC	1208,6 ± 346,39		737,0 - 1995,0		1188,0	1278,7 ± 379,88		73,0 - 1808,0		1365,0
FMR (g proteine)	56,0 ± 11,58		32,0 - 82,0		54,0					
Intake a T0	51,3 ± 17,40		29,0 - 79,0		53,0	53,9 ± 17,83		4,0 - 84,0		54,0

con ottimizzazione delle risorse e contenimento delle spese. Tale attività si è dimostrata utile anche come elemento di stimolo culturale nei confronti del personale di assistenza, nel coinvolgimento del personale di reparto e nel supporto al familiare/caregiver per ottimizzare l'apporto nutrizionale.

Bibliografia

1. Faxén-Irving G, Basun H, Caderholm T. Nutritional and cognitive relationship and long-term mortality in patients with various dementia disorders. Age and Ageing 2005;34:136-41.
2. Shatenstein B, Claveaud D, Ferland G. Visual observation is a valid mean of assessment dietary consumption among older adults with cognitive deficits in long-term care setting. JADA 2002;102:250-2.
3. Holm B, Soderhamn O. Factors associated with nutritional status in a group of people in an elderly stage of dementia. Clin Nutr 2003;22:385-9.
4. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. Clin Nutr 2003;22:115-23.

Emozioni e sentimenti dell'anziano ricoverato

C. Cristini, G. Cesa-Bianchi[1], T. Mosso[2], M.A. Aveni Casucci[1]

Sezione di Psicologia, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Università di Brescia; [1]Istituto di Psicologia, Università di Milano; [2]Fondazione RSA Honegger, Albino (BG)

Introduzione. Sono sempre più numerosi gli anziani che per varie ragioni – biologiche, psicologiche, sociali, assistenziali – ricorrono a strutture di ricovero per degenze temporanee o definitive. Il passaggio dalla propria abitazione all'ospedale o alla casa di riposo comporta spesso per il vecchio condizioni di disadattamento e sofferenza. L'anziano si trova ad affrontare situazioni nuove, con organizzazioni, abitudini, regole, ritmi differenti da quelli vissuti quotidianamente nella propria casa. Condivide luoghi e comportamenti con altri degenti, con problemi, caratteristiche e patologie diverse. Viene assistito da operatori che non conosce e che non sempre dispongono di una adeguata preparazione per confrontarsi costruttivamente con il disagio psichico, a decorso cronico. Spesso le emozioni, i sentimenti dell'anziano non incontrano un appropriato ascolto, un'attenzione sensibile, empatica. Quale spazio di accoglienza e comprensione è riservato ai pensieri, alle esperienze, al modo di essere, alla storia personale del vecchio ricoverato? Come percepisce gli atteggiamenti di chi lo assiste? Come vive i comportamenti degli altri ospiti? Conoscere più approfonditamente l'anziano in difficoltà, le sue esigenze, i suoi stati d'animo, i suoi pudori favorisce un'interazione, una comunicazione più efficace, valida e rispettosa (1-5).
Metodologia. La ricerca si è proposta prevalentemente di esaminare le reazioni emotive dell'anziano ricoverato, le sue percezioni, i suoi atteggiamenti e vissuti riguardo ai propri spazi privati, nonché alcuni aspetti della qualità della vita in età senile. *Ipotesi*: 1) gli anziani ricoverati hanno difficoltà ad esprimere emozioni e sentimenti; 2) donne e uomini presentano differenze nell'adattamento alla casa di riposo; i secondi appaiono meno disadattati. *Strumenti*: 1) questionario, comprendente più aree di indagine, applicato mediante intervista semistrutturata; 2) Self Depression Scale di Zung W.W.K. (SDS); 3) Mini-Mental State Examination. Sono stati intervistati 38 ultrasessantacinquenni, suddivisi per sesso (19 F., 19M.), di età media pari a 79,82 anni, presso la Fondazione RSA Honegger di Albino e la Fondazione RSA Casa Riposo di Nembro. Sono state escluse le persone completamente non autosufficienti. È stato applicato il calcolo del chi quadrato (g.l. 1).
Risultati. Il 78,95% degli intervistati non ha superato la scuola dell'obbligo e solo il 18,42% è coniugato (il 44,74% è vedovo). Il 60,53% si dice soddisfatto della propria autosufficienza, il 52,63% dello stato di salute, soprattutto gli uomini che peraltro temono maggiormente un peggioramento; il 50,00% assume psicofarmaci, in particolare benzodiazepine. La malattia viene percepita come evento naturale (63,16%), sfortuna (39,47%, specie le donne), limitazione (15,79%). La personale condizione di anziano è vissuta come un valore (52,63%, prevalentemente dagli uomini), con tristezza (28,95%, più dalle donne), con serenità (21,05%). Il campione si dichiara contento della propria vita (65,79%), della relazione con i nipoti (76,92%), con i figli (75,00%), con gli ospiti (63,16%), della sistemazione abitativa (71,06%), dell'assistenza (68,42%), della situazione economica (65,79%). Il futuro evoca sentimenti di preoccupazione (34,21%), serenità (23,68%, specie negli uomini), tristezza (23,68%). Gli intervistati auspicano un trapasso sereno (63,16%), una buona salute (34,21%), una coscienza lucida (13,16%), intendono esprimere le loro emozioni (65,79%), in lieve prevalenza gli uomini che riferiscono di provare, più delle donne, desideri sessuali ($X = 15.4817$, $p < .001$) e sentimenti verso una persona di genere opposto ($X = 10.1333$, $p < .005$). Nel corso delle operazioni connesse all'igiene personale sentono rispettata la privacy (89,47%), la propria intimità (84,21%). Tendono ad esprimere la propria rabbia (47,37%, specie gli uomini $X = 3.8864$, $p < .05$); le donne sono più propense a lasciar perdere ($X = 8.5806$, $p < .005$); pochi temono di essere aggrediti (21,05%) o abbandonati (26,32%). Alcuni si sentono ancora attivi (47,37%) e utili (39,47%). Avvertono una considerazione positiva da parte degli altri (68,42%), ritengono di suscitare rispetto (63,16%), affetto (23,68%); sono le donne a lamentare più indifferenza ($X = 8.5806$, $p < .005$). La SDS ha rilevato maggiori livelli di depressione nelle donne.
Conclusioni. Gli anziani ricoverati, intervistati, desiderano esprimere emozioni e sentimenti, si sentono tutelati nella sfera privata. La comunicazione dell'emotività varia in funzione del genere, delle esperienze e della cultura. Gli uomini si adattano meglio alla situazione istituzionale, si sentono più rassicurati riguardo alle proprie esigenze esistenziali, le donne appaiono più sensibili e consapevoli della limitazione nell'autonomia e nella libertà personale.

Bibliografia

1. Aveni Casucci MA Psicogerontologia e ciclo di vita. Milano: Mursia, 1992.
2. Cesa-Bianchi M. Giovani per sempre? L'arte di invecchiare. Roma: Laterza 1998.

3. Cesa-Bianchi M, Albanese O. Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita. Milano: Unicopli, 2004.
4. Cesa-Bianchi M. "Lectio". In: Laurea honoris causa in Scienze della Comunicazione, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli 2006.
5. Falchero S. La qualità nelle strutture per anziani. Roma: Carocci Faber 2007.

Le cure al termine della vita per lo scompenso cardiaco cronico in unità geriatrica per acuti: una serie di casi retrospettiva

V. Curiale, C. Prete, S. Trasciatti

Struttura Complessa di Geriatria, Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, E.O. "Ospedali Galliera", Genova

Scopo. Osservare gli effetti delle cure prestate nella fase terminale a pazienti con scompenso cardiaco cronico ricoverati in unità geriatrica per acuti (UGA).
Materiali e metodi. Abbiamo esaminato le cartelle cliniche di 19 pazienti consecutivi, morti in UGA per scompenso cardiaco cronico in un periodo di 12 mesi. Abbiamo rilevato: età, durata della degenza, indici di comorbilità valutati con la scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), disabilità comunicativa (scala da 0 a 4) e, relativamente agli ultimi 7 giorni di vita, la presenza di sintomi, l'utilizzo di trattamenti cardiovascolari, di supporto, palliativi e sedativi ed il loro impatto sui sintomi.
Risultati. Età media 89,63 anni (mediana 89, range 79-100), la mediana della degenza era di 8 giorni (di cui 7 in UGA) la provenienza dal pronto soccorso si associava ad un ricovero più breve ($p < 0,01$) mentre la provenienza da una Unità di Terapia Intensiva si associava ad una degenza più prolungata ($p = 0,04$), 2,21 e 3,63 gli indici medi di severità e comorbilità (CIRS 13 item), punteggio medio di disabilità comunicativa 3. Tutti i pazienti sono stati trattati con antitrombotici, 13 con idratazione parenterale, 10 con furosemide, 9 con amine vasoattive, 3 con ACE inibitori, 3 con beta-bloccanti, 3 con digossina, 3 con nitroderivati. 14 pazienti avevano sintomi refrattari, 11 di questi hanno ricevuto un trattamento palliativo farmacologico per via sottocutanea per una durata media di 3.36 giorni. Tutti i pazienti sottoposti al trattamento palliativo ricevettero morfina cloridrato (dose media giornaliera 17.55 mg) associata agli altri farmaci in diversi regimi di combinazione. Nove pazienti hanno ricevuto alperidolo (2.89 mg/die), 8 scopolamina butilbromuro (90 mg/die), 5 midazolam (8.5 mg/die) e 2 metoclopramide (35 mg/die). La dispnea è stata controllata in 9 casi su 13, il rantolo terminale in 4 su 6, l'agitazione in 5 su 6, dolore, nausea e vomito in 2 su 2. Nel complesso il trattamento palliativo associato al trattamento convenzionale ha controllato i sintomi in 9 casi su 11 mentre il trattamento convenzionale solo in 1 su 3 (n.s. test esatto di Fisher). Un sottogruppo di 4 pazienti è stato trattato con intento sedativo per la presenza di grave stress psichico con midazolam (10 mg/die) associato ad un modesto e non significativo aumento delle dosi (p = n.s.) di morfina (22.5 mg/die), aloperidolo (3.5 mg/die) e scopolamina butilbromuro (100 mg/die). I regimi sedativi impostati hanno controllato i sintomi nei 4 casi trattati. Quattro pazienti sono invece morti con sintomi non controllati: erano in maggioranza maschi ($p = 0.07$), provenienti dal pronto soccorso, con una degenza più breve della media e con severa disabilità comunicativa.
Conclusioni. Basse dosi di farmaci appartenenti al repertorio palliativo hanno controllato i sintomi nella maggior parte dei grandi anziani morenti per scompenso cardiaco cronico in UGA. La sedazione terminale è stata efficace ed ha comportato l'impiego di basse dosi di Midazolam ed un modesto aumento posologico degli altri farmaci.

Valutazione multidimensionale di una popolazione di anziani fragili: correlazione del PPT con le altre aree dimensionali

N.M.C. Curreli, M.E. Pais, S. Cadeddu, M. Cocco, M.G. Congiu, D. Ibba, A. La Sala, N. Maccedda, C. Olla, M. Pintus, A. Balestrieri, A. Mandas

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche, Università di Cagliari

Scopo dello studio. Valutare multidimensionalmente gli anziani fragili afferenti all'ambulatorio di Geriatria del Policlinico Universitario di Cagliari, e correlare il Physical Performance Test (PPT) secondo Reuben con le altre aree funzionali della valutazione multidimensionale (VMD).
Materiali e metodi. Presso l'ambulatorio di Geriatria del Policlinico Universitario di Cagliari, è in corso uno studio sulla fragilità di soggetti ultrasessantacinquenni mediante VMD. I test e le scale usate sono i seguenti: MMSE, GDS, ADL, IADL, PPT, POMA, MNA, CIRS. A tutt'oggi sono stati valutati 173 soggetti di età media 76.8 ± 7.8 (range 65-93), di cui 128 femmine (74%) e 45 (26%) maschi.
Risultati. I risultati ottenuti sono illustrati nelle Tabella I e II.

Tab. I. Aree studiate nei soggetti arruolati nello studio.

Test e Scale	Media ± DS
MMSE	21.9 ± 6.6
GDS	16.3 ± 7.8
ADL	69.6 ± 22.8
IADL	3.0 ± 2.7
PPT	10.9 ± 6.5
POMA	14.0 ± 7.7
MNA	20.8 ± 4.4
CIRS (punteggio totale)	27.6 ± 4.6
CIRS (indice di comorbilità complessa)	5.3 ± 2.1

L'indice di massa corporea (BMI) dei 173 soggetti studiati è di 28.5 ± 5.8

Tab. II. Correlazione lineare bivariata tra l'area funzionale PPT (variabile dipendente) e le altre sfere dimensionali, l'età e il sesso (variabili indipendenti).

Variabili Indipendenti	Coefficiente di regressione standardizzato Beta	P
Età	-0.35	< 0.0001
Sesso	0.12	0.11
BMI	-0.06	0.5
MMSE	0.57	< 0.0001
GDS	-0.44	< 0.0001
ADL	0.77	< 0.0001
IADL	0.71	< 0.0001
POMA	0.84	< 0.0001
MNA	0.63	< 0.0001
CIRS (punteggio totale)	-0.31	0.0003
CIRS (indice di comorbilità complessa)	-0.37	< 0.0001

Conclusioni. I soggetti anziani, afferenti al nostro ambulatorio di geriatria sono prevalentemente donne e presentano una disabilità soprattutto a carico della sfera funzionale. Infatti, i risultati del nostro studio documentano una disabilità severa nelle prestazioni standardizzate, un elevato rischio di caduta, una dipendenza moderata nelle attività basilari e strumentali della vita quotidiana; mentre, a carico della sfera cognitivo/affettiva si osserva un lieve decadimento delle capacità cognitive e una lieve depressione del tono dell'umore; infine si evidenzia un rischio di malnutrizione associato ad un aumento del BMI e un elevato indice di comorbilità complessa. Alla luce di tali risultati, abbiamo voluto valutare la correlazione del PPT, che è uno strumento di valutazione oggettiva della capacità funzionale di soggetti anziani, con le altre scale e i test utilizzati nella VMD geriatrica. Nella tabella 2 sono riportati gli indici di correlazione lineare bivariata, tra il PPT e le altre aree funzionali della VMD. In particolare l'indice di correlazione appare altamente significativo tra il PPT e il POMA, l'ADL, l'IADL, il MNA, il MMSE, la GDS, la CIRS e l'età. I nostri risultati indicano che il PPT dà una precisa indicazione sul grado di disabilità, tanto da poter rappresentare la scala di riferimento soprattutto nei casi in cui siano presenti limitazioni tecniche all'esecuzione della VMD geriatrica completa.

Il trattamento palliativo del carcinoma gastrico nell'anziano: caso clinico e revisione delle raccomandazioni

R. Custureri, V. Curiale, S. Trasciatti

Struttura Complessa di Geriatria, Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, E.O. "Ospedali Galliera", Genova

Scopo. Descrivere e discutere il caso di una paziente anziana con carcinoma gastrico in fase avanzata ricoverata in Unità Geriatrica per Acuti (UGA), i quesiti clinici sollevati, le raccomandazioni in letteratura secondaria, le volontà della paziente, la condotta terapeutica intrapresa e gli esiti.

Paziente, materiali e metodi. Donna di 83 anni con astenia, anoressia, calo ponderale, nausea e vomito fetido persistente, dolore cronico epigastrico intenso, masse addominali di consistenza lignea. Karnofsky Performance Scale Index (KPS) = 40. Emoglobinemia 7,2 g/dl; MCV 66,9 fl; nella norma gli indici di funzionalità epatica e renale. Endoscopia: piloro invalicabile e voluminosa lesione ulcerata antrale (istologia: adenocarcinoma tubulare gastrico invasivo). ETG dell'addome e TC total body: metastasi polmonari, epatiche, linfonodali e peritoneali diffuse. Quesiti clinici. 1) È suscettibile di trattamento curativo? 2) È candidata a: chemioterapia, radioterapia e chirurgia palliativa? 3) Può giovarsi di inserimento di stent? 4) Quale trattamento farmacologico palliativo è raccomandato? Ricerca di raccomandazioni pertinenti ai quesiti clinici: database elettronici (National Guideline Clearinghouse, USA; CMA Infobase, Canada; Guidelines Finder, UK; SIGN, Scotland, UK) e consultazione de "Oxford Textbook of Palliative Medicine – 3rd edition". La paziente cognitivamente integra e consapevole della prognosi: richiedeva il controllo dei sintomi, desiderava mantenere una stretta relazione con i suoi cari e rientrare a domicilio nel miglior stato funzionale possibile. Era disponibile al rericovero, qualora necessario.

Risultati. Due Linee Guida ed il Capitolo 8.3.4 del trattato rispondevano a quesiti clinici. 1) La presenza di metastasi a distanza esclude trattamenti curativi. 2) La chemioterapia palliativa prevede protocolli (classicamente: cisplatino e 5-fluorouracile), per la loro tossicità, riservati a pazienti con elevato KPS; la radioterapia in fase palliativa limita il sanguinamento; la presenza di diffusione peritoneale controindica la chirurgia palliativa. 3) Gli stent sono efficaci, associati a minima mortalità e moderato rischio di complicanze. Si limitano a migliorare l'introito alimentare. 4) Farmacologia palliativa. Antiemetici: metoclopramide da evitare alla presenza d'ostruzione completa e/o dolore di tipo colico; aloperidolo è il neurolettico di prima scelta. Antisecretori: anticolinergici ed octreotide, singolarmente e in associazione. Steroidi: desametasone riduce i sintomi ostruttivi; corticosteroidi e progestinici utili per anoressia e cachessia. Analgesici: utilizzo secondo la scala dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, considerare il blocco del plesso celiaco per dolori resistenti ai più comuni provvedimenti. Nutrizione: evitare la disidratazione e l'iperidratazione, utile 1-1,5 l di soluzioni con elettroliti e glucosio; considerata l'assenza di provati benefici, tenere conto dei sintomi e delle preferenze. Ematologici: trasfondere alla presenza d'anemia sintomatica, epoetina migliora l'astenia in alcune settimane. Sulla scorta delle raccomandazioni e, nel rispetto delle volontà della paziente, si è impostato trattamento palliativo farmacologico e di supporto. Sottocute in 2 pompe elastomeriche (dosi massime giornaliere): 1) tramadolo (150 mg), aloperidolo (4 mg), scopolamina butilbromuro (160 mg) 2) octreotide (1,2 mg). Per iniezione sottocutanea: desametasone (16 mg) e midazolam (10 mg) la sera. Intramuscolo: medrossiprogesterone (1 g 3 volte/settimana). In catetere succlavio: 2 unità di emazie, supporto nutrizionale (1000 ml, Kcal 610, N 3,6 g), esomeprazolo (40 mg), metronidazolo (1,5 g). Si è ottenuto: completo controllo di dolore e nausea, residui sporadici episodi di vomito secretivo non maleodorante, pro-

gressiva ripresa di minima alimentazione semiliquida, lieve riduzione dell'astenia, soddisfacente riposo notturno. Dimessa in ventiduesima giornata in regime protetto, con lesione da decubito sacrale di II stadio, KPS = 30. Rientro in UGA d'urgenza, morente (KPS = 10), dopo 11 giorni trascorsi a domicilio in condizioni stazionarie. Decesso avvenuto in seconda giornata in corso di sedazione terminale (morfina e midazolam), intrapresa per gravissimo stato di sofferenza generalizzata e stress psichico.
Conclusione. La condotta terapeutica era conforme alle raccomandazioni in letteratura e rispettava le volontà della paziente. Era efficace nel controllo dei sintomi, garantiva la scelta dei luoghi di cura e le migliori condizioni funzionali e relazionali possibili.

BIBLIOGRAFIA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of oesophageal and gastric cancer. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Jun. 69 p. (SIGN publication; no. 87).
2. Allum WH et al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut 2002, 50 (Suppl V): v1-v23.
3. Doyle D et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine – Third edition. Oxford University Press, 2005.

L'importanza della comunicazione nel setting lavorativo: applicazione pratica di un progetto formativo aziendale

S. D'Agostino[1], P. Ballarini[2]
[1]Servizio formazione, [2] Lungodegenza Villa Immacolata S. Martino al Cimino (Vt)

Villa Immacolata è una casa di cura dedicata alla riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento. Il servizio di formazione e aggiornamento del personale è parte integrante della struttura ed è accreditato presso il Ministero della Salute come provider E.C.M.
Nell'anno 2007 il Responsabile del reparto Lungodegenza ha individuato, come causa comune di eventi sentinella diversi, la disfunzione di comunicazione inter e intraprofessionale tra gli operatori.
Il reparto accoglie un totale di 65 pazienti, di cui 20 ricoverati ex lege 26 art.118, 30 di lungodegenza medica ed un modulo di lungodegenza ad alta intensità assistenziale (L.A.I) dedicato particolarmente agli stati vegetativi. Il personale è costituito da 67 professionisti suddivisi in 33 ausiliari, OTA e OSS, 18 infermieri, 3 infermieri coordinatori, 7 fisioterapisti, 1 fisioterapista coordinatore, 3 medici, 1 medico responsabile.
Per ovviare a questa criticità il servizio formazione si è attivato elaborando un progetto formativo aziendale (P.F.A.) in via sperimentale a breve termine per accertare la volontà da parte delle varie professionalità di farsi carico della costruzione di un sistema di comunicazione efficace in grado di trasmettere a tutti le informazioni necessarie.
Il punto chiave su cui si è articolato il progetto è la trasformazione delle riunioni periodiche previste tra responsabile e professionisti di un'unica categoria in un P.F.A. aperto a tutte le professioni presenti in reparto.
Gli obiettivi specifici del progetto sono stati approvati dalla Direzione Sanitaria, che nel promuovere l'iniziativa ha concesso al personale coinvolto permessi retribuiti per seguire il corso. Il costo dell'intero progetto sostenuto dalla Casa di Cura oltre alle spese per l'accreditamento
€ 285,00 è stato completamente abbattuto dalla sostituzione delle ore retribuite concesse per le riunioni di reparto delle singole categorie di operatori con quelle della partecipazione al P.F.A.
Sono stati previsti e accreditati tre incontri di tre ore l'uno a cadenza mensile, ogni evento è stato replicato due volte al fine di rispettare la turnazione a cui il personale è sottoposto. I crediti assegnati dal Ministero al P.F.A. sono stati sette.I singoli incontri sono stati progettati in funzione del coinvolgimento dei partecipanti.Gli argomenti trattati con una breve relazione sui temi causa degli ultimi eventi sentinella evidenziati sono stati oggetto di giochi di ruolo, questionari e lavori di gruppo che hanno dato ai diversi professionisti l'opportunità di conoscersi, confrontarsi e condividere modalità operative comuni. Ogni incontro inoltre ha dato vita ad un gruppo di lavoro che si è fatto promotore di modalità operative innovative di interesse comune. L'ultimo incontro in particolare è stato programmato affinché da protagonisti potessero esprimere liberamente la loro volontà di proseguire il cammino intrapreso. Ad ogni partecipante è stato consegnato del materiale didattico a supporto del lavoro svolto.
Hanno partecipato ad almeno due dei tre incontri previsti 61 operatori e l'intero progetto è stato seguito da 41. Il questionario anonimo somministrato a fine corso ha evidenziato un grado di soddisfazione dei partecipanti pari al 90%, il 75% ha dichiarato utile la metodologia adottata per migliorare la qualità del proprio lavoro. Tale riscontro ha confermato come un P.F.A., attivando processi di comunicazione interprofessionale efficaci, può incidere nel setting lavorativo di una realtà sanitaria complessa.

Il Disease Management nel progetto "PATTI" per l'ictus cerebrale

F. D'Amico, A. Grippa, M.G. Accetta, S. Albana[1], P. Crescenti, R. D'Agata, L. Fontana, G. Gaglio, A. Granata, G. Lombardo, T. Pipicella, E. Russo, P. Spatola, R. Giuffrida, F. Caronzolo
Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza - Area Critica di Geriatria - Coordinamento delle Attività Geriatriche Aziendali; [1] Servizio Assistenza Infermieristica - P.O. "Barone Ignazio Romeo" Patti - Azienda U.S.L. n. 5 Messina

Scopo. Il tasso di prevalenza di ictus cerebrale nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è pari al 6,5% ed è leggermente più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%). L'incidenza dell'ictus cerebrale aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo nelle età superiori a 80 anni. Il 75% degli ictus, quindi, colpisce i soggetti di oltre 65 anni. Si deve prevedere pertanto l'attivazione di una rete integrata e diffusa di servizi, in una metodologia di continuità assistenziale e di percorsi diagnostico-terapeutici omogenei e coordinati tra Ospedale e Territorio. Il Disease Management, inteso come modello di gestione integrata dei processi di cura, può

rappresentare una risposta efficace a questo tipo di problemi.
Il progetto "PATTI" (**P**rofilo di **A**ssistenza e **T**erapia **T**erritorio **I**ntegrato) per l'ictus cerebrale, proposto dal Coordinamento delle Attività Geriatriche Aziendale e dalla U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza del P.O. di Patti-Messina, prevede un percorso di malattia, con riferimento alle EBM riportate nelle principali linee guida. Obiettivi del progetto sono: 1) definire nel governo dell'ictus cerebrale nell'anziano la promozione ed il monitoraggio della qualità dell'assistenza; 2) determinare la verifica dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa ed il controllo dei costi; 3) realizzare concreti processi di integrazione e di continuità tra i livelli di cura e gli attori dell'assistenza.
Materiali e metodi. Il modello assistenziale dell'ictus cerebrale nell'anziano, che si sta determinando nel progetto "PATTI", si basa sul coinvolgimento di tutti i livelli di cura garantiti dalla Azienda USL e sullo sviluppo di un percorso che va dalla gestione dell'emergenza, al trattamento ospedaliero, alla riabilitazione, fino alla gestione della fase post-acuta di malattia, alla prevenzione secondaria, all'assistenza domiciliare e sociale.
Intendendo descrivere uno degli obiettivi del progetto, tra i primi dati che nella gestione della fase acuta dell'ictus cerebrale sono stati rilevati, è stato quello di valutare la pressione arteriosa (PA) clinica e delle 24 ore negli anziani ospedalizzati. Nel periodo di sei mesi (gennaio-giugno 2007), sono stati valutati 52 soggetti anziani (M 22, F 30, 75.03 ± 7 anni) con ictus cerebrale, ricoverati nella U.O.C. di Geriatria e monitorizzati nell'Area Critica.
Il disegno dello studio prevedeva: 1) misurazione clinica della PA; 2) monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore (ABPM); 3) Ecografia colordoppler dei vasi epiaortici; 4) TAC encefalo.
Tale valutazione era effettuata durante le prime 24 ore di ricovero. Il campione era formato da: 1) n. 8 soggetti con malattia aterotrombotica delle arterie carotidi (gruppo A); 2) n. 6 con ictus cerebrale cardioembolico (gruppo B); 3) n. 19 con ictus cerebrale lacunare (gruppo C); 4) n. 4 con emorragia cerebrale (non suscettibile di intervento neurochirurgico) (gruppo D); 5) n. 15 con infarti da cause non determinate (gruppo E).
Risultati. I soggetti di gruppo C hanno presentato la PA clinica sistolica e diastolica più elevata rispetto a quelli di gruppo B (rispettivamente $p < 0.0001$ e $p < 0.01$).
La PA clinica sistolica e diastolica era più alta anche nei pazienti di gruppo D rispetto a quelli di gruppo A ($p < 0.0001$), B ($p < 0.0001$) ed E ($p < 0.01$).
Inoltre i soggetti di gruppo D hanno mostrato la media della PA sistolica nelle 24 ore più elevata rispetto a quelli dei gruppi A ($p < 0.05$) e B ($p < 0.01$). La media della PA diastolica è aumentata nei pazienti di gruppo D rispetto a quelli di gruppo A ($p < 0.0005$), C ($p < 0.005$) ed E ($p < 0.0001$). La pressione differenziale nelle 24 ore era più alta nei pazienti del gruppo E rispetto a quelli del gruppo B ($p < 0.05$).
Conclusioni. Nel Disease Management, che caratterizza il progetto "PATTI" per l'ictus cerebrale, tutte le parti professionali aziendali dalla rete dell'emergenza, alle U.O. ospedaliere, ai Distretti Sanitari con i servizi di RSA ed ADI, al Servizio Sociale ed i Medici di Medicina Generale sono coinvolte nella costruzione, realizzazione e verifica del sistema.
Si rappresenta un dato epidemiologico rilevato negli anziani valutati nei primi sei mesi di applicazione dei percorsi diagnostici-terapeutici. La PA clinica ed ambulatoriale differisce nei pazienti anziani con ictus cerebrale e dipende dalla eziologia dell'ictus stesso. Infatti i soggetti con emorragia cerebrale e quelli con ictus cerebrale lacunare presentano l'incremento maggiore dei valori di PA.

Trattamento in un dipartimento di emergenza di FA parossistica e di TPSV in un gruppo di anziani

F. D'Auria, S. Torrico, F. Calderano, E. Offreda, P. Bolognino, E. Parente, M. Zavarese, M. Magrì, B. Troianiello

U.O.S. Dipartimentale Accettazione, Presidio Ospedaliero Ascalesi, ASL Napoli 1. Pronto Intervento Territoriale Ladispoli-Civitavecchia, ASL Roma F

Scopo. La fibrillazione atriale rappresenta una delle aritmie di più frequente riscontro nel paziente anziano con una prevalenza del 2-4% nei soggetti ultrasessantenni e raggiunge il 10% nei soggetti ultrasettantenni. In casi di tale patologia uno dei compiti del medico d'emergenza e' quello di controllare la frequenza cardiaca, eventualmente ripristinare il ritmo sinusale, evitare episodi tromboembolici e ridurre il tasso di ospedalizzazione. Per tale motivo ci siamo posti come obiettivo quello di gestire al pronto soccorso tali aritmie in un gruppo di anziani.
Materiali e metodi. Sono stati considerati 80 pazienti, 45 maschi e 35 femmine, di età media di 70 anni che nell'arco di 3 mesi si sono presentati al PS con riferito cardiopalmo e nei quali posti sotto monitor si e' evidenziato un ritmo da fibrillazione atriale parossistica nel 65% nei casi e del 35% dei casi di TPSV. Degli 80 pazienti il 90% presentavano accessi al PS seguiti da ricovero in reparto internistico con una media di un ricovero mensile. Una quota pari al 65% seguiva terapia inadeguata, con scarsa prescrizione di farmaci antiaritmici per una ancora evidente remora a tale prescrizione nei confronti di pazienti anziani. Veniva effettuata terapia utilizzando propafenone ed amiodarone secondo protocollo (2 mg/Kg peso per propafenone e 3 mg/Kg peso per amiodarone).
Risultati. I risultati ottenuti mostravano nel 55% una sinusalizzazione del ritmo dopo bolo ev nei primi 10 minuti, nel 35% ciò avveniva tra 30 e 60 minuti; in un 10% persisteva ritmo da fa a bassa frequenza.
Conclusione. Sarebbe auspicabile la gestione di tali pazienti affetti da tali frequenti aritmie nei dipartimenti di emergenza riducendo così il tasso di ospedalizzazione dei pazienti anziani ancora oggi troppo spesso ricoverati impropriamente, favorendo la gestione nei dipartimenti di emergenza vista la buona efficacia, tollerabilità e sicurezza dei farmaci oggi a nostra disposizione.

La valutazione della malnutrizione in anziani ricoverati in un reparto per acuti

F. Dall'Acqua, P. Odetti, S. Valice, A. Cataldi, G. Corsini

U.O. di Geriatria, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova

Scopo del lavoro. È noto che con l'avanzare dell'età i processi fisiologici, metabolici e biochimici si modificano e

che tali cambiamenti influenzano sfavorevolmente lo stato nutrizionale (1). Dalla letteratura emerge che la malnutrizione nell'anziano è dovuta ad un erroneo o inadeguato apporto nutrizionale; una sottoalimentazione causata da un insufficiente introito dietetico per scarso appetito porta ad atrofia muscolare e perdita di peso (2). Oltre a ciò esistono inoltre numerosi altri fattori di rischio strettamente associati alla malnutrizione (3) quali la presenza di malattie fisiche e/o psichiche, problemi di dentizione e masticazione, la diminuzione o alterazione del gusto e della sensibilità olfattiva e la polifarmacologia (4). In questo studio abbiamo voluto valutare se e in quale percentuale fosse presente la malnutrizione in un campione di pazienti sopra i 65 anni ricoverati in ospedale e l'eventuale correlazione tra la sopracitata malnutrizione e diversi indicatori nutrizionali.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati soggetti con età ≥ 65 anni, ricoverati presso l'U.O. di Geriatria dell'Ospedale San Martino di Genova dal 1 Gennaio al 30 aprile 2007. Sono stati valutati complessivamente 92 anziani, di cui 57 femmine (62%) e 35 maschi (38%). Del totale dei ricoverati 12 (13.0%) sono deceduti durante la degenza. Per ogni paziente è stata compilata una scheda di ingresso (appositamente predisposta) nella quale sono stati raccolti i seguenti dati. numero e tipo di patologie presenti all'ingresso, durata della degenza, valutazione dello stato cognitivo ed umorale, valutazione delle ADL e IADL, numero di farmaci all'ingresso e all'uscita, MNA, BMI, oltre ad alcuni parametri ematochimici ritenuti utili nella valutazione di eventuali deficit nutrizionali (Hb, linfociti, albumina, ferro, ferritina, colesterolo totale, trigliceridi, acido folico e vit. B12).

Risultati e discussione. L'età media dei pazienti era di 82.9 ± 7.7 anni (range 65-98); in particolare il 47.8% dei soggetti aveva più di 85 anni, il 38% aveva un'età compresa tra 75-84 anni e il 13% aveva tra i 74-65 anni. La degenza media è stata di 17.8 ± 10 giorni (range 5-54). Il BMI medio era di 23.6 ± 5.3 (range 15-42) di cui il 33.7% è risultato sottopeso, il 28.3% normopeso, il 24.0% sovrappeso e il 14.0% obeso. La media del MNA è stata di 19.3 ± 4.7 (range 3.5-28) di cui il 39.1% era malnutrito, il 45.6% era a rischio di malnutrizione mentre solo il 15.3% risultava ben nutrito. Per quel che riguarda la VMD abbiamo ottenuto i seguenti risultati. MMSE pari a 23.7 ± 4.6 (range 11-30), GDS pari a 5.6 ± 3.7 (range 0-13), ADL conservate 3.2 ± 2.4 e IADL conservate 3.7 ± 2.9.

I pazienti all'ingresso avevano in media 4.4 patologie (range 1-8); l'82.6% soffriva di patologie del sistema cardio-circolatorio, il 57.6% del SNC, il 44.6% del tratto gastroenterico, il 39.1% dell'apparato osteoarticolare, il 19.6% del sistema respiratorio, il 37.0% di patologie metaboliche, il 30.4% del tratto genito-urinario e il 41.3% di altre patologie (ematologiche, dermatologiche etc.). All'ingresso tutti i pazienti assumevano una media di 6 farmaci (range 1-14) e alla dimissione ne assumevano tutti un numero maggiore con una media pari a 7 (range 2-17); questo incremento del numero di farmaci può ulteriormente interferire con lo stato nutrizionale. Per quel che riguarda i dati di laboratorio, i pazienti avevano un'emoglobina media pari a 12.0 mg/dl ± 2.5 con associata linfocitopenia (linfociti pari a 17.8% ± 10.0) ed un'albumina ai limiti inferiori della norma (pari a 3.5 g/dl ± 0.6), mentre tutti gli altri indicatori nutrizionali presi in considerazione sono risultati nella norma. Da sottolineare che due dei pazienti sono stati ricoverati due volte durante il periodo in studio, presentando entrambi ambedue le volte lo stesso grado di malnutrizione e di dipendenza funzionale. Altro dato rilevante è stato che tutti i pazienti deceduti presentavano all'ingresso un MNA minore di 17.

Conclusioni. I dati ricavati dallo studio sottolineano l'elevata presenza di malnutrizione e/o rischio di malnutrizione nell'anziano che viene ricoverato in ospedale e mostrano che a questa condizione si associa un peggior stato funzionale, cognitivo, affettivo ed una maggior comorbilità. Questi dati inoltre contribuiscono a spiegare la relazione tra malnutrizione e prognosi infausta nell'anziano, già nota in letteratura. La valutazione dello stato nutrizionale dovrebbe essere un cardine dell'assessment multidimensionale geriatrico. La causa della condizione di questa tipologia di pazienti potrebbe essere imputabile a carenze nella gestione familiare e/o socio-sanitaria. L'identificazione della malnutrizione in questo tipo di soggetti impone un intervento attraverso un'opera di educazione alimentare rivolta al paziente e ai caregivers dopo la dimissione. Sarebbe inoltre auspicabile trovare un sistema al fine di identificare questi soggetti già sul territorio in modo da prevenirne le comorbilità e i frequenti ricoveri ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA

1. I.N.R.A.N.: linee guida per una sana alimentazione italiana (revisione 2003). Atti del convegno A.D.I.: nutrizione dell'anziano fra scienza e pratica.
2. Journal of Advanced Nursing: a concept analysis of malnutrition in the elderly, 2001.
3. Wolinskj FD, Coe RM, McIntosh WA, Kubena KS, Prendergast JM, Chavez MN, et al. Progress in the development of a nutritional risk index. J Nutr 1990120 (Supp 11):1549-53.
4. Varma RN. Risk for drug-induced malnutrition is unchecked in elderly patients in nursing homes. J Am Diet Assoc 1994;94:192-4.

Effetto dell'utilizzo inappropriato di farmaci sulla performance fisica in una popolazione di anziani fragili: il Sirente Study

P.E. Danese, F. Landi, G. Onder, R. Bernabei

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore

Introduzione. I criteri per la valutazione di un utillizzo inappropriato di farmaci, stilati da Beers, sono stati ampiamente applicati in Europa ed in America. Non esiste comunque un'evidenza conclusiva che questi criteri possano incidere sugli outcomes del paziente. L'obiettivo di questo studio è di valutare la relazione tra l'uso inappropriato di farmaci e le misure di performance fisica, forza muscolare e stato funzionale in un gruppo di ultraottantenni.

Metodi. Per questo studio sono stati utilizzati i dati della valutazione al baseline dei 364 partecipanti allo studio *il-SIRENTE*. La performance fisica è stata valutata mediante il punteggio della short physical performance battery

(SPPB), che è basata su tre test cronometrati: camminata di 4 metri, test dell'equilibrio e chair stand test. La forza muscolare è stata misurata tramite la grip strength. L'uso inappropriato di farmaci è stato definito sulla base dei dai criteri di Beers pubblicati nel 2003.
Risultati. In un modello non aggiustato, tutti i test di performance fisica, forza muscolare e stato funzionale mostravano associazioni significative con l'uso inappropriato di farmaci. Dopo l'aggiustamento delle analisi per i potenziali fattori confondenti, che includevano l'età, il sesso, il livello di attività fisica, lo stato cognitivo, comorbidità, queste associazioni risultavano ancora statisticamente significative per quanto riguarda il punteggio della SPPB (non farmaci inappropriati: media 7.0, Errore Standard 0.1, farmaci inappropriati: media 6.1, ES 0.2, p = 0.007) ed i punteggi della scala ADL (non farmaci inappropriati: media 1.1, ES 0.1, farmaci inappropriati: media 1.5, ES 0.1, p = 0.05). La velocità del cammino a passo veloce, il punteggio della SPPB ed i punteggi della scala ADL scale score mostravano risultati peggiori tra i soggetti che assumevano due farmaci inappropriati rispetto ai quelli che ne assumevano uno o che non assumevano farmaci.
Conclusioni. L'utilizzo di farmaci inappropriati (definito dai criteri di Beers del 2003) è associato ad una compromissione della performance fisica e dello stato funzionale.

L'utilizzo potenzialmente inappropriato delle benzodiazepine per uso ipnotico tra gli ospiti delle residenze per anziani di Modena

R. De Gesu[1], G. Angeli[2], L.P. De Vreese[3], G. Morrone[1], L. Belloi[4]

[1]Resp. Ass. medica di base e coord sanitario RSA "E. Cialdini" Modena; [2] Resp. Ass. medica C.P. "S. Giov Bosco" Modena; [3] Resp. Ass. medica RSA " 9 Gennaio" Modena; [4]Cattedra Geriatria e Gerontologia, Università di Modena

Scopo. Le persone anziane presentano un rischio quasi raddoppiato rispetto a quelle più giovani di manifestare patologie iatrogene. Tra i farmaci potenzialmente inappropriati per la popolazione anziana troviamo le benzodiazepine (BDZ). Ciononostante, questa classe di farmaci è spesso prescritta o autoassunta in caso di insonnia. L'obbiettivo di questo studio è quello di conoscere la prescrizione di queste molecole tra gli ospiti delle Residenze per anziani, pubbliche e private della AUSL di Modena, al fine di aumentarne la appropriatezza prescrittiva
Materiali e metodi. È stato chiesto ad ognuna delle Residenze per anziani del Distretto di Modena della AUSL di Modena di indicare, in un giorno indice e mediante un modulo predefinito, quanti, tra i loro ospiti, assumevano BDZ come farmaco facilitante il sonno. Erano esclusi dalla ricerca tutti coloro che le assumevano per cause psichiatriche.
Risultati. Tra gli 823 ospiti presenti nelle Residenze al momento della rilevazione 121di essi, tra cui 93 donne e 28 uomini, assumevano BDZ per uso ipnotico. Il maggiore uso nelle donne rispetto agli uomini è coerente con la letteratura internazionale. L'età media era di 85 anni con una mediana di 84,29. Le molecole comunemente assunte erano lorazepam (48%), diazepam (20%), triazolam (16%), zolpidem (9%). Le altre BDZ coprivano il rimanente 7%
Conclusione. L'età avanzata ed il sesso femminile sono correlati all'uso inappropriate di farmaci ad effetto psicotropo e presentano un alto rischio di manifestare reazioni avverse da farmaci (1). Vari criteri sono stati proposti per cercare di definire i farmaci potenzialmente inappropriati, cioè quei farmaci per i quali i danni derivati dal loro uso sono potenzialmente maggiori rispetto ai benefici. Tra di essi quelli proposti da Mark Beers nel 1991 e rivisti nel 1997 e nel 2003. Tra i farmaci potenzialmente inappropriati per la maggior parte della popolazione anziana, indipendentemente dalla diagnosi, troviamo le benzodiazepine a lunga durata d'azione (es. diazepam e flurazepam). Nonostante questa premessa rappresentano una classe di farmaci ad azione sedativo - ipnotica molto usata nella popolazione generale (8,6%), specialmente tra gli anziani e particolarmente nelle donne, con una prevalenza del 30% in quelle sopra i settanta anni (2). Tra gli utilizzatori anziani, tre su quattro sono consumatori cronici e la loro assunzione è correlata alla necessità difacilitare il sonno, nonostante la letteratura suggerisca che il loro uso negli anziani con insonnia ha un bilancio benefici/rischi svantaggioso poiché il loro utilizzo per periodi di tempo prolungati può essere causa di riduzione della cognitività (3) e, a seguito della prolungata sedazione, del rischio di cadute e quindi di fratture. Ciononostante vengono comunemente usate nelle Residenze per anziani, anche tenendo conto che molti pazienti utilizzano cronicamente BDZ per l'insonnia già al loro ingresso: in indagini effettuate presso i medici di famiglia è risultato che solo nel 9% dei casi la prescrizione di benzodiazepine viene fatta su iniziativa del medico (4) Già nel 2005 nel corso di una rilevazione sulla generica inappropriatezza prescrittiva tra gli ospiti delle Residenze per anziani della AUSl di Modena era emerso che le BDZ costituivano la terza classe di farmaci prescritta. Una analoga rilevazione effettuata dopo due anni ha confermato questo dato, con preferenza per le molecole ad emivita lunga, maggiore di 24 ore come nel caso del diazepam, o media, con emivita fra 6 e 24 ore come per il lorazepam. In linea generale non sembra diffusa la percezione del rischio d'abuso delle benzodiazepine nella fascia anziana. In conclusione, le BDZ non costituiscono un farmaco di prima scelta nell'anziano e soprattutto non lo sono per quanto concerne l'induzione del sonno. A questo proposito i medici che operano nelle Residenze nella AUSL di Modena sono stati sensibilizzati all'utilizzo di altre molecole nel caso si renda necessario indurre il sonno ed a tentare la disassuefazione in quegli ospiti che già le assumono

BIBLIOGRAFIA

1. Johnell K, Fastbom J, Rosén M, Leimanis A. Inappropriate Drug Use in the Elderly: a Nationwide Register-Based Study (July/August). Ann Pharmacother 2007 Jun 26.
2. Parma E. ed Altri. Uso delle benzodiazepine nella popolazione generale italiana: Ricerca e Pratica 1995;11:2298-238.
3. Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. The long-term prescription of benzodiazepines, psychotropic agents, to the elderly at a university hospital in Japan. Tohoku J Exp Med 2007;212:239-46.
4. Vulini MHW. Sex difference in benzodiazepine use. Jellinek Quarterly 1996;3:8-9.

Analisi della prevalenza e delle caratteristiche degli utenti con disfagia nella sezione per acuti della Geriatria dell'Ospedale di Aosta

F. De La Pierre, L. Trentaz, M. Vezzari, F. Faelli, N. Marguerettaz, M. Venturini, P. Bonino

U.B. Geriatria, Ospedale Regionale di Aosta

Caratteristica peculiare della unità di Geriatria dell'Ospedale di Aosta è quello di essere contemporaneamente reparto per acuti e reparto di riabilitazione. Anche presso la nostra unità la valutazione multidimensionale e l'approccio interdisciplinare sono metodi di lavoro consolidati nel fornire un'esatta dimensione dei problemi dell'anziano e nel garantire la corretta formulazione di un progetto terapeutico finalizzato al recupero o al mantenimento del massimo livello di autonomia personale e sociale. A tale riguardo il ricovero in ospedale del paziente anziano può essere l'occasione per identificare i soggetti con disfagia, sintomo spesso sottostimato e frequente causa di polmonite, malnutrizione, disidratazione e aumento della mortalità.

Pertanto scopo di questo lavoro è quello di valutare la frequenza e le caratteristiche dei soggetti con disfagia prendendo in esame tutti i soggetti ricoverati in un anno presso la sezione per acuti dell'unità di Geriatria.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti alle prove di deglutizione da parte del personale medico e infermieristico e quindi coloro che presentavano segni di disfagia venivano ulteriormente valutati dalla logopedista tramite il Bedside Swallowing Examination. (BSE). I casi non correttamente diagnosticabili venivano sottoposti a consulenza foniatrica.

I pazienti esaminati presentavano prevalentemente problematiche neurologiche essendo la maggioranza dei DRG dei pazienti dimessi rappresentato dai gruppi 015,014,012. Dei 720 pazienti dimessi nel corso dell'anno 2006 sono risultati disfagici 230 utenti. Di questi pazienti circa il 60 % riconosceva come causa della disfagia un evento vascolare cerebrale acuto mentre il restante 40% presentava una malattia neurologica progressiva. Inoltre 25 utenti presentavano anche afasia e 42 un'alterazione delle funzioni cognitive di grado moderato-severo.

Per quanto concerne il numero delle sedute di trattamento logopedico esse sono state stimate in 1152 sedute. Infine si è dimostrato che i soggetti con disfagia andavano più frequentemente incontro a polmonite, a perdita di peso, ad un aumento della degenza media e ad un ricorso maggiore all'istituzionalizzazione dopo l'ospedale.

Si ritiene, pertanto, che la ricerca sistematica del sintomo disfagia, attraverso un test validato quale il Bedside Swallowing Examination possa, in un contesto che adotta la valutazione multidimensionale e multidisciplinare, orientare l'equipe sanitaria a progettare e attuare strategie di prevenzione delle complicanze e adottare quelle soluzioni che possano evitare la frequente istituzionalizzazione dell'utente.

La disfunzione endoteliale come marker strumentale nella sindrome metabolica dell'anziano

A. de Matthaeis[2], A. Greco[1], G. Serviddio[2], M. Grilli[1], G. Stramaglia[2], F. Ferrandino[2], G. Vendemiale[1 2]

[1] U.O. Medicina Interna, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (Fg); [2] Cattedra e Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Foggia

Scopo. L'ispessimento medio-intimale (IMT) carotideo e la vasodilatazione flusso mediata endotelio-dipendente (FMD) dell'arteria brachiale, sono marcatori preclinici di aterosclerosi (1) in tutte le fasce d'età. Mentre è ben noto che lo sviluppo della malattia aterosclerotica è fortemente condizionato dall'associazione tra invecchiamento e sindrome metabolica, pochi dati esistono in letteratura circa il comportamento di questi marcatori nei pazienti che presentano questa associazione (2). Scopo del nostro studio è stato confrontare l'IMT carotideo e la FMD dell'arteria brachiale in soggetti anziani affetti o meno da sindrome metabolica.

Materiali e metodi. Sono stati studiati cento pazienti anziani afferenti consecutivamente all'ambulatorio divisionale di Medicina Interna dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG) nel periodo dal 01/02/2007 al 31/05/2007. Tra questi soggetti sono stati dichiarati eleggibili allo studio quelli in cui erano assenti segni o sintomi relativi alle seguenti condizioni patologiche: insufficienza renale acuta e cronica, aritmie, cardiopatia ischemica manifesta, ictus, arteriopatie e neoplasie.

I soggetti ammessi (n. 80) allo studio sono stati sottoposti alle seguenti valutazioni:

- accurato esame clinico con rilevazione della pressione arteriosa sistolica e distolica;
- determinazione dei seguenti parametri ematochimici: glicemia, creatininemia, colesterolemia totale, HDL (high-density lipoprotein), LDL (low-density lipoprotein), trigliceridemia, transaminasemia, bilirubinemia, insulinemia, uricemia, PCR ed indice HOMA.
- determinazione dei parametri antropometrici: peso, altezza, BMI (body mass index) e circonferenza vita.

Ad ogni paziente è stato effettuato un ecocolodoppler carotideo con valutazione dell'ispessimento medio intimale misurato sulla parete della carotide comune ad 1 centimetro dalla biforcazione, valutando la distanza tra l'interfaccia luminale dell'intima e l'interfaccia medio avventizia. Ad ogni esame si è segnalata inoltre, la presenza o l'assenza di placca aterosclerotica ad ogni livello dell'asse carotideo, considerando come placca un ispessimento medio-intimale maggiore di 1 mm. La disfunzione endoteliale è stata invece valutata con la metodologia non invasiva denominata " flow-mediated dilation" a livello dell'arteria brachiale, secondo le relative linee guida. Quindi,s si è misurato il diametro dell'arteria brachiale in condizioni basali e dopo ischemia, per lo studio della vasodilatazione endotelio dipendente e dopo somministrazione di nitrato sublinguale, per lo studio della vasodilatazione endotelio indipendente (IDNMD). La presenza/assenza di sindrome metabolica è stata verificata in accordo con i criteri NCEP-ATP III sulla scorta delle risultanze anamnestiche, cliniche e strumentali.

Risultati. Sono stati esaminati 80 pazienti anziani di età media 70.3 ± 9.8 di cui 26 maschi e 54 femmine e suddivisi in 2 sottogruppi: gruppo1 (assenza di sindrome metabolica

n.casi = 38); gruppo 2 (presenza di sindrome metabolica n. casi = 42). La distribuzione del sesso e dell'età è risultata non significativa nei due gruppi (gruppo1 età 70.7 ± 10.5 *vs.* gruppo2 69.9 ± 9.3; sesso gruppo1 M/F 16/22 *vs.* gruppo2 M/F 12/28). Il BMI si è dimostrato significativamente diverso nei due gruppi (gruppo1 28.2 ± 4.0 *vs.* gruppo2 32.3 ± 5.0 $p < 0.001$). Le variabili biochimiche studiate non hanno mostrato differenze significative tra i due gruppi eccetto che per: glicemia (gruppo1 113.4 ± 33 *vs.* gruppo2 162.7 ± 61.8 $p < 0.001$), insulinemia (gruppo 1 5.6 ± 3.3 *vs.* gruppo 2 8.8 ± 6.4 $p < 0.02$), e conseguentemente sull'indice HOMA (gruppo1 1.4 ± 1.2 *vs.* gruppo2 3.2 ± 3.0 $p < 0.002$). All'esame ecodoppler i due gruppi non hanno dimostrato differenze significative nello spessore medio intimale (gruppo1 0.82 ± 0.3 *vs.* gruppo2 0.75 ± 0.75) nella vasodilatazione endotelio indipendente (gruppo1 12.8 ± 7.3 *vs.* gruppo2 10.2 ± 3.4 ns) o nella percentuale dei pazienti con placca (gruppo1 NO 21 SI 20 *vs.* gruppo2 NO 18 SI 21).
Sono invece risultate statisticamente significative le differenze tra i valori della vasodilatazione endotelio dipendente (gruppo1 10.3 ± 4.0 *vs.* gruppo2 7.8 ± 3.9 $p < 0.005$).
Conclusione. I pazienti anziani affetti da sindrome metabolica presentano, rispetto ai soggetti esenti da tale condizione, una significativa disfunzione endoteliale. L'alterazione della FMD può quindi essere considerato il più sensibile marcatore strumentale in questa patologia anche nell'anziano.

Bibliografia

1. Yan RT, Anderson TJ, Charbonneau F, Title L, Verma S, Lonn E. J Am Coll Cardiol 2005.
2. Wendelhag I, Fagerberg B, Hulthe J, Bokemark L, Wikstrand J. J Intern Med 2002.

Neoplasia del sigma e demenza: un caso clinico

G.A. De Paduanis, A. Giani, V. Guidi, M.C. Santoro, S. Boschi

[1] Unità di Valutazione Alzheimer, Dipartimento di Medicina Interna, Cardiovascolare e Geriatrica, Università di Siena, Policlinico Santa Maria alle Scotte

Introduzione. In letteratura è documentato che, fra i fattori precipitanti lo stato cognitivo e funzionale di un paziente affetto da demenza, vi siano anche le malattie organiche (1, 2, 3, 4).
Caso clinico. Signor G.U., anni 83, pensionato (ex artigiano), scolarità 7 anni, coniugato con due figlie, non fumatore, normomangiatore, beve circa 1/2 bicchiere di vino ai pasti; pollachiuria da ipertrofia prostatica; alvo tendenzialmente stitico da due anni. *Familiarità* per ipertrigliceridemia e per demenza (sorella). In *anamnesi patologica remota*: ricovero circa 40 anni fa per ipertensione arteriosa di tipo essenziale; a 12 anni circa ricovero ospedaliero per tetano; ipertrofia prostatica diagnosticata circa 6 anni fa; da circa due anni diversi episodi di caduta a terra senza perdita di coscienza. Nel settembre 2006 il paziente giungeva presso il nostro Centro Unità di Valutazione Alzheimer per la comparsa da circa due anni di deficit della memoria a breve termine, associato da circa 1 anno ad episodi di disorientamento temporo-spaziale. *Alla valutazione cognitiva e funzionale*: MMSE 21/30; Corretto 20,7/30; ADL 4/6; IADL 2/8; NPI 12/144; GDS 4/15. *Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici*: quadro di ateromasia di grado moderato. *Tc cranio*: condizione di encefalopatia ischemica cronica a carattere focale e diffuso in entrambi gli emisferi cerebrali di entità rilevante; spiccata atrofia cortico-sottocorticale. Gli *esami ematochimici* risultavano nella norma. Si concludeva per "Demenza vascolare con componente degenerativa di grado lieve" e si consigliava terapia antiaggregante piastrinica. Il paziente tornava a controllo nel febbraio 2007 per peggioramento della memoria a breve termine, dell'orientamento temporale, della prassia e dell'autonomia funzionale. Veniva riferita astenia, difficoltà nella deambulazione, apatia. MMSE 13/30; corretto 12,7/30; ADL 1/6; IADL 0/8; NPI 12/144; GDS non valutabile. Visto il brusco peggioramento venivano effettuati *TC cranio* (quadro invariato rispetto al precedente esame); esami ematochimici: anemia (Hb8,3g/dl) microcitica e ipocromica, piastrinosi (500migl/mmc); aumento di azotemia (74mg/dl) e creatinina (1,4mg/dl). Sangue occulto fecale: positivo. *Esofagogastroduodenoscopia*: deformazione del ginocchio duodenale superiore da compressione estrinseca. La Tc torace-addome documentava a livello del terzo prossimale medio del sigma ispessimento parietale circonferenziale (> 8cm) con multiple linfoadenopatie. Il paziente veniva, pertanto, ricoverato presso il nostro reparto. *Al torace*: ipofonesi plessica bibasale.. *Al cuore*: soffio sistolico mitralico. P.A: 165/100 mmHg. *Addome*: nei limiti salvo epatomegalia. Agli *arti inferiori*: succulenza pretibiale, polsi periferici iposfigmici e simmetrici nelle rispettive sedi di repere. Ulcera trofica I stadio in sede pretibiale sinistra. Macroglossia. Il paziente eseguiva i seguenti esami di completamento diagnostico. *Dosaggio markers discariocinesi*: incremento di CEA (35,2 ng/ml), CA15-3 (34,6 U/ml), CA19-9 (57,8 U/ml). *Colonscopia*: al sigma medio stenosi serrata del viscere per la presenza di lesione vegetante, infiltrante a manicotto da ETP del sigma (Referto istologico: adenocarcinoma a basso grado di differenziazione-G3). Il paziente veniva, pertanto, sottoposto ad emicolectomia sinistra e colostomia. In XII giornata veniva trasferito nel nostro Istituto. Una nuova valutazione cognitiva mostrava: MMSE 12/30; corretto 11,7/30; ADL 0/6; IADL 0/8. Il paziente veniva, dunque, dimesso con diagnosi di**.** "Emicolectomia sinistra in paziente con adenocarcinoma (G3) ulcerato ed infiltrante del colon sinistro, anemia microcitica, ateromasia carotidea, demenza di tipo misto (degenerativa con componente vascolare), ipertrofia prostatica".
Conclusioni. Il peggioramento dello stato cognitivo e dell'autonomia funzionale del paziente risultava, dunque, essere strettamente correlato all'aggravamento clinico, espressione della presenza di eteroplasia (*sindrome paraneoplastica?*). L'ulteriore peggioramento cognitivo e funzionale documentato alla dimissione, nonostante il discreto recupero clinico, appariva, invece, imputabile al recente intervento chirurgico ed alla ospedalizzazione. Si riteneva, pertanto, opportuno rivalutare il paziente in ambulatorio a distanza di due mesi dalla dimissione.

Bibliografia

1. Zamboni V, Cesari M, Zuccalà G, Onder G, Woodman RC, Maraldi C, Ranzini M, Volpato S, Pahor M, Bernabei

R. Anemia and cognitive performance in hospitalized older patients: results from the GIFA study: Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:529-34.
2. Extermann M. Older patients, cognitive impairment, and cancer: an increasingly frequent triad. J Natl Compr Canc Netw 2005;3:593-6.
3. Heflin LH, Meyerowitz BE, Hall P, Lichtenstein P, Johansson B, Pedersen NL, Gatz M.Cancer as a risk factor for long-term cognitive deficits and dementia. J Natl Cancer Inst 2005;97:854-6.
4. Amella EJ. Presentation on illness in older adults. If you thinkyou know what you'relookingfor think again. AORN J 2006;83.

Modificazioni elettrocardiografiche indotte dagli inibitori dell'acetilcolinesterasi in pazienti dementi

A. de Palma[1], C. Speciale[1], C. Menza[1], V. Guidi[1], P. Marietti[1], G. Borgogni[1], S. Boschi[1]

[1]Unità di Valutazione Alzheimer-Dipartimento di Medicina Interna Cardiovascolare e Geriatrica-Università di Siena-Policlinico"S. Maria alle Scotte" Siena

Scopo. I farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi sono da anni usati nel trattamento sintomatico della demenza. A causa dell'attivazione colinergica gli effetti indesiderati di tali farmaci si manifestano a carico di diversi organi, in particolare di quello gastrointestinale; minori sarebbero gli effetti a livello elettrocardiografico, ma pur sempre presenti. Esistono pochi e discordanti dati in letteratura sulla tollerabilità cardiovascolare; lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare gli effetti collaterali a livello elettrocardiografico (in particolare, i più frequenti, cioè sulla frequenza cardiaca e la conduzione atrio-ventricolare) degli inibitori dell'acetilcolinesterasi, nei pazienti affetti da demenza seguiti dalla nostra Unità di Valutazione Alzheimer.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato 106 pazienti (55 (51,9%) pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer (AD), 36 (34%) da forma mista (AD-VD), e 15 (14,2%) da demenza Vascolare (VD)). Sono state prese in considerazione diverse variabili (età, sesso, tipo di demenza patologie cardiovascolari e terapia "cardiovascolare" e del SNC); i pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi a seconda dell'inibitore dell'acetilcolinesterasi che stavano assumendo (donepezil, galantamina, rivastigmina) e di ciascuno è stato valutato l'esame ECG alla prima visita, dopo un mese e dopo nove di terapia (cioè dopo sei mesi dall'ultima visita prevista dal Progetto Cronos) con particolare riferimento alla frequenza cardiaca ed alla conduzione atrio-ventricolare.
Risultati. Nel confronto tra i tre gruppi è emerso una riduzione percentuale della frequenza cardiaca, statisticamente significativa (p = 0,030), dalla prima visita al nono mese di terapia; non si è invece riscontrata una differenza significativa valutando la variazione della frequenza rispetto al sesso, tipo di demenza, presenza di patologie cardiovascolari ed assunzione di terapia. Valutando i tre gruppi si è assistito ad un aumento statisticamente significativo di bradicardici nel gruppo in trattamento con rivastigmina (p = 0,048), mentre nel gruppo in trattamento con donepezil non si raggiungeva, pur avvicinadosici, la significatività (p = 0,069); infine nessun soggetto che assumeva galantamina è diventato bradicardico dopo sei mesi di terapia. Per quanto riguarda gli effetti degli inibitori dell'acetilcolinesterasi sulla conduzione atrio-ventricolare, questi sono risultati praticamente nulli.
Nel confronto tra i tre gruppi è emerso una riduzione percentuale della frequenza cardiaca, statisticamente significativa (p = 0,030), dalla prima visita al nono mese di terapia; non si è invece riscontrata una differenza significativa valutando la variazione della frequenza rispetto al sesso, tipo di demenza, presenza di patologie cardiovascolari ed assunzione di terapia. Valutando i tre gruppi si è assistito ad un aumento statisticamente significativo di bradicardici nel gruppo in trattamento con rivastigmina (p = 0,048), mentre nel gruppo in trattamento con donepezil non si raggiungeva, pur avvicinadosici, la significatività (p = 0,069); infine nessun soggetto che assumeva galantamina è diventato bradicardico dopo sei mesi di terapia. Per quanto riguarda gli effetti degli inibitori dell'acetilcolinesterasi sulla conduzione atrio-ventricolare, questi sono risultati praticamente nulli.
Conclusioni. Alla luce dei risultati ottenuti nel nostro studio, pur non avendo gli effetti collaterali a carico del controllo della frequenza cardiaca e del sistema di conduzione A-V un'incidenza pari a quelli sull'apparato gastrointestinale, risulta importante una monitorizzazione elettrocardiografica costante durante la terapia con inibitori dell'acetilcolinesterasi.

Allenamento formale della memoria: un progetto di comunità per Modena

L.P. De Vreese [1], P. Vacondio [2], S. Valgimigli [2], C. Valentini [2], C. Rubbiani [3], S. Beltrami [3], S. Belletini [4], A. Garruti [5], M. Turci [5], L. Belloi [5]

[1] Dipartimento Cure Primarie, 'Area Salute Anziani', Azienda USL, Distretto di Modena; [2] Psicoterapeuta Unità di Valutazione Psicogeriatrica 'Villa Rosà Modena; [3] Centro Servizi di Volontariato; [4] Comune di Modena; [5] Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo del lavoro. Verificare l'efficacia dei corsi di allenamento della memoria in soggetti volontari con età ≥ 55 anni e in buone condizioni di salute, condotti nelle Circoscrizioni del Comune di Modena da figure professionali geriatriche formate con un corso teorico-pratico di 30 ore (medici-geriatri, psicologi, animatori e coordinatori di strutture (semi) residenziali). Si presentano i risultati dell'attività da Dicembre 2004 a Giugno 2007.
Materiali e Metodo. Ciascun corso prevede otto sedute settimanali di un'ora e mezza circa, con gruppi di 12-15 persone più omogenei possibili per età. Il metodo dell'allenamento della memoria mira alla stimolazione delle strategie naturali sottostanti la registrazione, il consolidamento e il richiamo delle informazioni. In questo modo gli esercizi sono allo stesso tempo dei modelli per illustrare e dei mezzi per migliorare l'efficacia di queste strategie, stimolando anche la consapevolezza del funzionamento della propria memoria. Sono proposti esercizi individuali e di gruppi che mimano situazioni concrete e che trattano argomenti di comune interesse per l'anziano. Sono anche previsti 'compiti a casà tra una seduta e l'altra. L'*outcome*

primario dei corsi è l'Apprendimento di tre liste di 10 parole di Novelli et al. (1986a), una prova di memoria episodica anterograda con due versioni parallele. La scala di autovalutazione del funzionamento della propria memoria, il *Memory Assessment Clinic-Questionnaire* (MAC-Q) di Crook e coll. (1992) e la scala *Geriatric Depression Scale* a 4 item (Pomeroy et al., 2000) sono gli *outcomes* secondari. All'inizio del corso vengono somministrate le due prove di fluenza verbale semantica e fonemica in forma scritta di Novelli et al., (1986b) e il MMSE per le persone con età ≥ 65 anni.

Risultati. 350 persone si sono iscritte ai corsi. L'età media ± DS è di 70,4 ± 6,9 anni (range 55-88), in prevalenza donne (68,3%), con una scolarità media ± DS di 7,5 ± 3,6 (range 2-18). L'80,5% degli iscritti hanno completato il corso con una frequenza media di 89,9%. Il rimanente 19,5% sono soggetti considerati *drop-out* perché hanno frequentato meno della metà delle otto sedute e/o perché, mancando all'ultimo incontro, hanno saltato la valutazione finale. Chi non ha completato il corso è mediamente di età più avanzata (72,3 *vs*. 68,8; $F = 9,2$; $p = 0,002$), meno scolarizzato (6,7 *vs*. 8,2; $F = 4,7$; $p = 0,03$) e ha un rendimento medio più scarso alla prova di fluenza semantica (25,2 *vs*. 29,9; $F = 13,2$; $p < 0,001$). I corsi si associano ad un miglioramento significativo della memoria episodica verbale anterograda esitando in un richiamo medio di 1,9 parole in più rispetto all'inizio ($F = 35,7$; $p < 0,001$). Il 59,4% dei partecipanti risulta essere soggetto responsivo (z-score > 0) con un età media inferiore (67,82 *vs*. 70,12, $F = 4,14$; $p = 0,044$) e un rendimento basale alla prova della memoria più basso (16,85 *vs*. 19,39; $F = 11,54$; $p = 0,001$) rispetto ai partecipanti non *responder*. A questo miglioramento oggettivo corrisponde anche un migliorato giudizio sul funzionamento della propria memoria (MAC-Q): 24,97 *vs*. 17,27 ($F = 239,45$; $p < 0,001$). L'entità del miglioramento autopercepito risulta indipendente dalle variabili socio-demografiche, dalle prestazioni basali e dalla responsività o meno al corso. Infine, si osserva un miglioramento della sintomatologia depressiva in coloro che si giudicano "depressi" (GDS-4 > 2) prima del corso rispetto le persone "non depresse" ($t = 4,53$; $p < 0,001$).

Conclusione. I risultati confermano la validità del metodo di allenamento della memoria basata sulla stimolazione delle strategie naturali sottostanti la registrazione, il consolidamento e il richiamo delle informazioni: 1) un miglioramento ad una prova di memoria oggettiva è accompagnato ad un migliore giudizio dell'efficienza mnemonica nella vita quotidiana; 2) le persone che ottengono punteggi basali inferiori sono coloro che rispondono meglio al corso; 3) il corso ha un impatto positivo anche sullo stato affettivo, ma solo in persone con sintomi depressivi; 4) il corso è in grado di individuare le persone 'in difficoltà'. Infine, il metodo è di facile insegnamento e può essere applicato correttamente da diversi tipi di figure professionali con esperienza in ambito geriatrico previa un corso di formazione teorico-pratico di 30 ore circa.

Esercizio fisico multimodale su donne anziane: effetti sull'efficienza motoria, sulla forza muscolare e sul consumo energetico

E. Deiuri[1, 3], C. Mazzà[3], P. De Colle[1], N. Altamura[2], A. Cappozzo[3], G. Toigo[1]

[1] Unità Operativa di Geriatria; [2] UCO di Clinica Medica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste; [3] Istituto Universitario di Scienze Motorie, Dipartimento di Scienze del Movimento Umano e dello Sport, Roma

Scopo. L'esercizio fisico si è dimostrato essere uno dei fattore determinati nell'interpretazione dell'alta variabilità interindividuale con cui l'invecchiamento si manifesta. Numerose sono infatti le evidenze scientifiche che dimostrano come la qualità della vita e l'autonomia funzionale siano strettamente correlate alla pratica di un esercizio fisico regolare. Ciò nonostante, vi è ancora incertezza ad esempio, nel determinare in che modo un effettivo guadagno di forza e massa muscolare possa da solo spiegare un miglioramento nelle capacità funzionali e che tipo di esercizio fisico possa essere il più efficace su soggetti anziani. Scopo di questo studio è stato quello di definire un protocollo di "esercizio multicomponente" basato sul "progressive resistance training" che è stato denominato Exercise Intevention In Elderly (Ex-in-El); e di valutare le modificazioni sul metabolismo energetico a riposo e sotto sforzo, sulla forza muscolare, sulle abilità motorie in donne anziane in buone condizioni di salute che si sono sottoposti al programma sopra indicato, e correlarle tra loro.

Materiali e metodi. Sono stati coinvolti nello studio venticinque soggetti sani sedentari (età 71 ± 5, BMI 26 ± 3). Tra i volontari reclutati sono stati considerati 7 soggetti, scelti in maniera randomizzata, che non sono stati sottoposti al programma di training [gruppo Controllo (C)], gli altri (gruppo S) hanno seguito il programma Ex-in-El con sedute bisettimanali per sei mesi (vedi Tabella I).

Le variabili analizzate sono: massima forza isometrica (F_{max}), misurata tramite dinamometro (Imada) degli estensori degli arti inferiori, dei flessori ed estensori del tronco; la velocità di cammino naturale (VCN); il costo energetico del cammino (Cw); il consumo energetico basale (REE); il

Tab. I. Descrizione del protocollo di esercizio multicomponente utilizzato in Ex-in-El (1).

Tipologia	Intensità
Allenamento aerobico	*Frequenza*: 2 giorni la settimana *Volume*: 35 minuti per seduta *Intensità*: 12-13 della Scala di Borg
Allenamento alla forza	*Frequenza*: 2 giorni la settimana *Volume*: 3 serie di 8-12 ripetizioni per gli 8-10 maggiori distretti muscolari *Intensità*: 15-17 della Scala di Borg (70-80% di 1 RM), con 1 minuto di recupero tra una serie e l'altra
Flessibilità ed equilibrio	*Frequenza*: 3 giorni la settimana *Volume*: 20 secondi di stretching per ciascun distretto muscolare, per una durata totale di 5 minuti

massimo consumo di ossigeno (VO_{2max}); il tempo (T) di esecuzione del compito motorio di alzarsi da una sedia (sit to stand, STS); ed infine per il STS, le variabili meccaniche in uscita dal modello del pendolo telescopico invertito (TIP) del sistema muscolo-scheletrico (2), in questo studio valutate tramite una piattaforma di forza (40*80 Bertec, USA).

Risultati. Nella valutazione post-training, il gruppo S ha mostrato delle differenze significative nei valori di F_{max} per tutti i distretti muscolari esaminati (+66% per flessori tronco, +53% per estensori tronco, +94% per estensori gamba; $P < 0.001$). La VCN è risultata aumentata ($P < 0.001$) mentre il relativo Cw non ha subito modificazioni. Anche il REE e il VO_{2max} hanno mostrato un incremento statisticamente significativo ($P < 0.05$). La strategia motoria utilizzata dal gruppo S nel STS è risultata modificata sia quanto concerne il tempo T, sia per i parametri in uscita dal modello TIP. Correlazioni significative sono state riscontrate tra le variabili di SSS e T e tra alcuni dei parametri descrittivi la strategia motoria utilizzata nel STS e le variabili di F_{max}. Non si sono osservate modificazioni nel tempo per alcuna misura effettuata nel gruppo C.

Conclusione. Le marcate differenze nel gruppo S a seguito di un esercizio multicomponente, confermano efficacia di questo specifico protocollo di esercizio fisico regolare, anche se bi-settimanale. Inoltre la possibilità di descrivere in maniera quantitativa la strategia utilizzata dal soggetto durante l'esecuzione di un compito motorio complesso ci ha permesso di correlare parametri di abilità ed efficienza motoria con i parametri fisiologici del metabolismo energetico e della forza muscolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc Dermott AN, Mernitz H. Exercise and older patients: Prescribing Guidelines. Am Fam Physician 2006;74:437-44.

2. Papa E, Cappozzo A, J Biomech. 1999;32:1205-12.

Questo studio è stato supportato dalla "Fondazione Crt" e dalla "Camera di Commercio, Industria e Artigianato" di Trieste.

La stimolazione della corteccia cerebrale nel morbo di Parkinson: nuove prospettive chirurgiche per i pazienti in età geriatrica

I. Del Lungo, F. Cecchi[1], G.Gori, S. Giardini, M.A. Mencarelli, S. Gangemi, E. Benvenuti

U.O. Geriatria ASL 10, Firenze; [1]Fondazione Don Gnocchi ONLUS IRCCS-Firenze

I pazienti affetti da malattia di parkinson in età geriatrica vanno spesso incontro a fluttuazioni motorie non controllate dalla terapia farmacologia. Per questo negli anni sono state messe a punto tecniche chirurgiche per migliorare le competenze motorie e ridurre le fluttuazioni motorie nei parkinsoniani di vecchia data. La stimolazione cerebrale profonda (DBS), ad esempio, utilizza un elettrodo impiantato che stimola ad alta frequenza il talamo, il globo pallido ed il nucleo subtalamico, uni o bilateralmente. Ha effetto nel controllo del tremore, della bradicinesia, della rigidità, nel ridurre le discinesie e le fluttuazioni motorie (1). Tuttavia questa metodica viene generalmente applicata a soggetti al di sotto di 70 anni, perché con l'avanzare dell'età aumenta il rischio di allucinazioni, delirium in aggiunta ad una ridotta collaborazione (2). Canavero di recente ha suggerito che la stimolazione della corteccia motoria (EMCS) può essere considerata una valida alternativa alla DBS nel controllo dei sintomi motori legati alla malattia di Parkinson (3). La stimolazione della corteccia motoria è un intervento chirurgico minimamente invasivo introdotto da Tsubokawa negli anni ottanta per ridurre il dolore di origine centrale. L'intervento consiste nella stimolazione elettrica dell'area motoria primaria, sotto la guida della RMN cerebrale. L'intervento è eseguito in anestesia generale. Viene praticata una craniotomia e rimossa una piccola area di osso; un elettrodo stimolatore è posizionato sulla dura madre in corrispondenza della proiezione dell'arto superiore (braccio) a livello della corteccia motoria primaria. La stimolazione intraoperatoria dell'area motoria induce una contrazione del braccio, confermando un corretto posizionamento dell'elettrodo. Un pace-maker viene posizionato nella regione sottoclaverare e connesso per via sottocutanea all'elettrodo stimolatore (3). È interessante rilevare come con la EMCS si ottenga un miglioramento dei sintomi motori bilateralmente; questo effetto potrebbe essere da imputare alle fibre che attraversano il corpo calloso, ma ciò necessita di ulteriori studi. Comunque la tendenza più recente è quella di eseguire interventi di stimolazione corticale bilateralmente, perché ciò sembra ottenere migliori risultati. La maggior parte dei pazienti operati descritti in letteratura avevano più di 70 anni. In alcuni lavori pubblicati negli ultimi anni viene descritta una riduzione del tremore e della rigidità con un generale miglioramento dell'equilibrio legato al cammino (3). Non sono state descritte complicanze o effetti collaterali. Sembra che non vi sia una significativa riduzione della terapia con L-dopa, ma si riducono in modo evidente i blocchi motori. Nella maggior parte dei pazienti l'effetto sembra duraturo, almeno per un periodo di circa 4 anni. Scarsi risultati si possono osservare in casi di marcata atrofia cerebrale (probabilmente per l'aumentata distanza tra la corteccia cerebrale motoria e l'elettrodo stimolatore), anche se questa non rappresenta una controindicazione assoluta all'intervento chirurgico. Sono necessari studi futuri su un più grande campione di pazienti e per un più lungo periodo di osservazione per una migliore definizione dei criteri di inclusione per l'EMCS ed anche per stabilire quale sia l'approccio chirurgico migliore (uni o bilaterale). Abbiamo sottoposto a questo tipo di intervento una paziente di 68 anni affetta da malattia di Parkinson dal 1992. L'intervento è stato eseguito circa un anno fa. Le fluttuazioni motorie non erano controllabili dalla terapia così come le discinesie. La depressione e l'ansia erano molte severe e controindicavano l'intervento di DBS. Dopo l'intervento di EMCS la paziente ha ridotto in modo significativo le fluttuazioni motorie con scomparsa quasi completa dei blocchi. Anche la rigidità si è ridotta bilateralmente, così come l'equilibrio nel cammino. La paziente ha ridotto di poco il dosaggio di assunzione giornaliera di L-dopa. Vi è stato un miglioramento del punteggio del 35% alla UPDRS somministrato a distanza di 8 settimane dell'intervento; questo punteggio si è mantenuto costante a distanza di 6 mesi ed 1 anno (vedi tabella) senza variazioni terapeutiche.

UPDR	Prima del trattamento	Dopo il trattamento
Livello mentale	8	6
ADL	26	17
Esame motorio	33	22
Complicazioni legate alla terapia	13	7
Totale	80	52

Un altro paziente in queste settimane sta compiendo gli accertamenti per eseguire questo intervento.
In conclusione, la tecnica minimamente invasiva dell'EMCS, i relativi buoni risultati legati al miglioramento dei sintomi e delle fluttuazioni motorie, l'assenza di complicazioni e di effetti collaterali apre un nuovo orizzonte per il trattamento chirurgico della malattia di Parkinson in età geriatria, tuttavia questi risultati andranno confermati su larga serie.

Bibliografia

1. Grau Martin A, Suner Soler R, Abuli Picart P, Comas Casanovas P. Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. Med Clin (Barc.) 2003;29:757.
2. McCabe C. Nurse-patient comunication:an exploration of patients' experiences. J Clin Nurs 2004;13:41-9
3. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A. The level of anxiety, depression and aggresion in nurses and their life and job satisfaction. Med Pr 2004;55:561-8.

Tadalafil in pazienti italiani con disfunzione erettile e danno midollare

G. Del Popolo[1], O. Risi[2], M. Marzotto Caotorta[3], M. Petrillo[4], P. Di Benedetto[5], A. Massone[6], E. Razzoli[7], A. Rossi[7]

[1]Azienda Ospedaliera Careggi, Unità Spinale, Firenze Italia; [2]Unità di Neuro-Urologia azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo; [3]Ospedale Civile "G. Farnaroli" Magenta, Milano; [4]Unità Spinale e Neuro-Urologia, ASO CTO, Torino; [5]Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione Unità Spinale, Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Udine; [6]Ospedale S. Corona Pietra Ligure, Savona; [7] Direzione Medica Eli Lilly Italia S.p.A.

Scopo. La Disfunzione Erettile(DE) è un problema comune in uomini (U) con danno midollare traumatico (SCI). Lo studio è stato condotto in 4 paesi europei (ES, F, D, I) per determinare efficacia e sicurezza di Tadalafil (T) somministrato al bisogno in soggetti (S) con DE da SCI trattati in centri specializzati italiani.
Materiali e metodi. Studio multicentrico, randomizzato, doppio cieco, parallelo *vs.* placebo (P). Sono stati arruolati un totale di 186 U con DE secondaria a SCI comparsa almeno 6 mesi prima della Visita 1. Dopo 4 settimane (W) di run-in, gli U sono stati randomizzati al trattamento con 10 mg (T10) o P per 12 W. Sono state effettuate visite di controllo ogni 4W. Dopo il primo periodo di trattamento, la dose di T poteva essere aumentata a 20 mg (T20) o rimanere invariata in base alla risposta del paziente a T10. Analogamente, dopo il secondo periodo di trattamento, la dose poteva essere ridotta (T20-T10), aumentata (T10-T20) o rimanere invariata. Al baseline (BL) è stata valutata la funzione erettile residua (REF); la severità dello SCI è stata determinata con la scala dell'ASIA. L'efficacia è stata determinata utilizzando le scale IIEF, il SEP e il GAQ. La sicurezza è stata valutata registrando gli EA (Treatment Emergent Adverse Events) e monitorando i segni vitali ad ogni visita. In questo lavoro presenteremo i dati provenienti dai 51 S inclusi nello studio in Italia.
Risultati. Età media 38,9anni (n = 38T; n = 13P). Al BL il 33,3% dei S era affetto da DE grave,ed al 68,6% è stato diagnosticato un danno neurologico di grado A. Il 92,2% dei S riferivano DE da almeno 1 anno.T ha migliorato tutti i principali parametri di efficacia in maniera statisticamente significativa rispetto al P, tra cui i il punteggio dell'IIEF-Funzione Erettile (BL 14,6, endpoint (EP) 22,8; $p < 0,001$). La percentuale di S con punteggio normale della IIEF FE (> 26) all'EP (68,4%; $p = 0,01$), SEP-Penetrazione (BL 49,1%,EP 83,2%; $p < 0,001$), SEP-Rapporto Soddisfacente (BL 13,4%, EP 63,3%; $p < 0,001$), SEP-Rigidità Soddisfacente (BL 9,1%, EP 58,2%; $p < 0,001$), e GAQ1-miglioramento dell'erezione (88,6%; $p = 0,009$). Gli EA più frequenti sono stati cefalea (10,5%T;7,7% P) e infezioni delle vie urinarie (10,5%T;0%P), ma nessuno è risultato statisticamente più frequente in T o P.
Conclusione. Tadalafil (10mg e 20mg) si è confermato trattamento efficace e ben tollerato in pazienti italiani con DE secondaria a SCI. T ha inoltre migliorato le erezioni portando ad un punteggio normale l'IIEF FE in più del 65% dei S.Questi risultati sono coerenti con quelli ottenuti nel campione europeo.

Misurazione degli indicatori di esito della assistenza erogata nelle strutture residenziali di lungo assistenza per anziani non autosufficienti

G. Dell'Aquila[1], C. Ruggiero[1], B. Gasperini[1], E. Costanzi[1], U. Senin[1], R. Cecchetti[2], P. Eusebi[3], P. Casucci[4], M. Catanelli[4], C. Romagnoli[4], A. Cherubini[1]

[1]Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Asl 1, Regione Umbria; [3]Dipartimento Economia, Finanza e Statistica, Università di Perugia; [4]Regione Umbria.

Scopo. Il principale obiettivo di questa ricerca è quello di valutare i risultati dell'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti ospiti delle Residenze Protette autorizzate dalla Regione Umbra.
Materiali e metodi. Studio osservazionale su un campione selezionato in maniera random pari al 30% degli ospiti delle Residenze Protette dell'Umbria. Nell'indagine, effettuata da 3 medici specialisti in geriatria, sono stati utilizzati tre strumenti di valutazione. La valutazione multidimensionale degli ospiti è stata effettuata mediante lo strumento elaborato per analoghe finalità nell'ambito del progetto ULISSE (strumento basato sul VAOR RSA), la valutazione della qualità della vita è stata effettuata mediante un questionario elaborato e validato da esperti statunitensi. Infine le caratteristiche organizzative delle Residenze Protette sono state valutate mediante un questionario elaborato ad hoc.
Risultati. L'indagine è stata eseguita nei mesi di giugno e luglio 2006. Sono stati valutati in totale 496 ospiti, in 40

Residenze Protette autorizzate dalla regione Umbria. Le caratteristiche di questa popolazione sono quelle tipiche della fragilità. L'età media del campione è pari a 81,9 anni, con il 38,4% di età ≥ 85 anni, le donne costituiscono il 75% del campione. Il numero medio di malattie pari a 4 con un indice di comorbilità valutato mediante la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) di 10,9 e con una rilevante polifarmacoterapia (numero medio di farmaci 4, range 0-14). Gli ospiti presentano una elevata prevalenza di disabilità severa con perdita di circa 5 su un totale di 7 ADL. Il 90,1% presenta un qualche grado di deterioramento cognitivo, che in oltre il 40% dei soggetti è di entità severa. Per quanto riguarda condizioni di frequente riscontro in questa tipologia di soggetti sono state valutate la prevalenza di: cadute (10,5%), delirium (25,6%), lesioni da decubito (7,1), incontinenza urinaria (75,8%, con differenza statisticamente significativa tra uomini e donne: 79,7% nelle donne *vs.* 65,0% negli uomini; $p < 0.05$); utilizzo di mezzi di contenzione (19,0%), infezioni delle vie urinarie (3,2%), perdita di peso intesa come ≥ 5% negli ultimi 30 giorni o ≥ 10% negli ultimi 180 giorni (8,1%). È stato fatto un confronto tra le 4 ASL umbre dal quale è emerso che gli ospiti delle differenti residenze presentano caratteristiche sostanzialmente simili. Alcune differenze si possono rilevare relativamente all'età, che è risultata significativamente inferiore nella ASL 1 (79 anni), rispetto alle altre (gli ospiti con età media più avanzata sono quelli nella ASL 2, con età media di 83 anni). Parallelamente gli ospiti delle strutture presenti nel territorio della ASL 1 hanno un minor numero medio di patologie (3 *vs.* 5 nella ASL 3), e di conseguenza consumano un numero inferiore di farmaci (3,5 nella ASL 1 *vs.* 4,5 nella ASL 4). La prevalenza di demenza è anch'essa inferiore (36,7% nella ASL 1 *vs.* 56,2% nella ASL 3). Sono state inoltre calcolate 9 delle 12 misure di qualità validate a livello internazionale. La percentuale di ospiti che ha passato la maggior parte del tempo a letto o su sedia era del 3%, la percentuale di ospiti portatrice di un catetere a permanenza era dell'8,9%, la percentuale di ospiti sottoposta a contenzione fisica era del 18,9%, la percentuale di ospiti a basso rischio (quindi con esclusione dei dementi e dei disabili di grado severo) che ha sviluppato incontinenza urinaria e/o fecale era del 34,4%, la percentuale di ospiti che aveva presentato una infezione delle vie urinarie era del 3,2%, la percentuale di ospiti che aveva perso peso in misura significativa_era del 8,6%, la percentuale di ospiti con dolore da moderato a severo era del 18,8%, la percentuale di ospiti, divisi in alto (soggetti in coma o che non riescono a spostarsi da soli) e basso rischio, che presentava lesioni da decubito era del 11,6% e dello 0,7% rispettivamente.

Conclusione. Il progetto ha consentito di misurare la qualità dell'assistenza fornita in un campione rappresentativo degli anziani istituzionalizzati in Umbria. I dati relativi alle misure di qualità indicano che nelle Residenze Protette dell'Umbria alcuni indicatori di assistenza presentano valori estremamente buoni, analoghi a quelli misurati a livello nazionale ed internazionale, ad esempio la percentuale di ospiti che sono allettati o di quelli a basso rischio che presentano lesioni da decubito si collocano su valori decisamente bassi. Al contrario indicatori quali la prevalenza di ospiti che riferiscono dolore moderato o severo o di quelli sottoposti a contenzione fisica presentano dei valori ancora piuttosto elevati e tali da suggerire che esistano dei margini di miglioramento nella gestione di tali problematiche da parte delle strutture.

L'aumentata suscettibilità al danno ischemico cerebrale nel cervello invecchiato è correlata ai piu bassi livelli di ε-PKC

D. Della Morte[1 2], G. De Rosa[1], D. D'Ambrosio[1], G. Gargiulo[1], M. Rossetti[1], R. Abbruzzese[1], C. Visconti[1], S. Russo[1], G. Panza[1], C. Montuori[1], P. Abete[1], F. Rengo[1]

[1]Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II"; [2]Cerebral Vascular Disease Research Center, Department of Neurology and Neuroscience, University of Miami school of Medicine, Miami, FL, USA

Scopo. Numerosi studi, usando differenti modelli di ischemia cerebrale, hanno dimostrato che il cervello di ratto invecchiato è più suscettibile al danno ischemico rispetto al cervello di ratto adulto e giovane. Il danno ischemico cerebrale viene in parte determinato dall'attivazione di alcune isoforme di proteinchinasi (γ-PKC e δ-PKC) mentre l'attivazione di ε-PKC è coinvolta nei meccanismi di neuroprotezione nei confronti dell'ischemia cerebrale. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare se il cervello di ratto invecchiato è più suscettibile all'ischemia in relazione a livelli più bassi di ε-PKC.

Materiali e metodi. Ratti maschi Fisher 344 giovani (4 mesi), adulti (12 mesi) ed invecchiati (24 mesi) sono stati sottoposti a 10 minuti di ischemia cerebrale globale utilizzando il metodo dell'occlusione bilaterale delle carotidi comuni con ipotensione. Poiché i ratti adulti e i ratti invecchiati sono morti il giorno successivo al danno ischemico, il tempo di ischemia cerebrale è stato ridotto progressivamente con l'età: 10 min. nei ratti giovani, 8 min. nei ratti adulti e 2.45 min. nei ratti invecchiati. La pressione arteriosa, durante l'ischemia cerebrale veniva mantenuta costantemente al valore di 50 mmHg nei ratti giovani e di 70 mmHg nei ratti adulti ed invecchiati. Dopo 7 giorni dalla riperfusione, il danno cerebrale nella zona CA1 dell'ippocampo è stato analizzato con metodica istologica nelle sezioni di cervello di ogni differente gruppo di ratti. I livelli di γ-PKC, δ-PKC ed ε-PKC sono stati valutati nelle frazioni cellulari solubile o citosolica e particolata o di membrana nei tre differenti gruppi di ratti mediante la metodica Western Blot. I risultati sono stati espressi come media ± errore standard. La significatività statistica tra i gruppi è stata determinata con test di ANOVA seguito dal post-hoc test di Bonferroni.

Risultati. Nonostante la maggiore severità di insulto ischemico ai quali erano stati sottoposti i ratti giovani ed adulti, all'analisi istologica il numero dei neuroni vivi nella zona CA1 dell'ippocampo non differiva tra i tre differenti gruppi di ratti (giovani = 1133 ± 31; adulti = 917 ± 62; invecchiati = 964 ± 72). Nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata nei livelli di γ-PKC, δ-PKC ed ε-PKC nella frazione cellulare solubile o citosolica dei neuroni di ippocampo. Nella frazione cellulare particolata o di membrana i valori di ε-PKC nel cervello dei ratti invecchiati erano più bassi del 21% e del 30% rispetto ai livelli di ε-PKC nel cervello di ratti giovani ed adulti ($p < 0.05$) mentre i livelli di γ-PKC e di δ-PKC rimanevano invariati.

Conclusione. L'aumentata suscettibilità nel cervello di ratto invecchiato successivamente ad insulto ischemico potrebbe essere correlata, almeno in parte, a più bassi livelli di ε-PKC e quindi ad una riduzione dell'azione neuro-protettiva di questa chinasi.

Il modello delle cure domiciliari come alternativa alla continuità assistenziale

A.M. Delpiano, M. Modenesi, D. Lupano
Dipartimento Cure Primarie, U.O. Anziani ASL 2 Savonese

Scopo. Rilevare in un campione di pazienti dimessi dall'ospedale, non necessariamente, con età superiore ai 65 anni che si sono rivolti al Dipartimento Cure Primarie - U.O. Anziani della zona socio-sanitaria 4 (savonese) della ASL2 ligure, il grado di soddisfazione dell'assistenza domiciliare nella continuità assistenziale ed individuare le eventuali criticità. Raccogliere i suggerimenti/contributi forniti dai nuclei familiari alla equipe assistenziale durante la ricerca.
Materiali e metodi. Per questo studio il campione è costituito prevalentemente, ma non solo, da anziani di età superiore ai 65 residenti nella zona socio-sanitaria di Savona (ambito4) che usufruiscono delle cure domicialiri. Lo strumento usato è un questionario validato da cittadinanzAttiva e recuperato dal sito del Cespi. È stato adattato alla realtà savonese. Per arrivare al campionamento si sono analizzati i dati degli ultimi tre anni(2004- 2005-2006).

Anno	Media/alta complessità	Zona 4 savonese
2004	2358	di cui 953*
2005	2430	di cui 1063*
2006	3025	di cui 1099*

Dei soggetti che hanno fruito di ADI a "media ed alta" complessità assistenziale e si è stabilito di includere nello studio tutti coloro che hanno fatto richiesta alla rete dei servizi territoriali per cure dom. dal 1 dicembre 2006 al 31 marzo '07, considerando i criteri di inclusione e di esclusione: provenienti dall'ospedale dopo ricovero, provenienti dal domicilio per pregresso ricovero o per prevenire un ricovero con richiesta del MMG., residenti della zona sanitaria 4 distretto s.s. "savonese", che necessitavano, dopo valutazione con UVG di intervento infermieristico e infermieristico/fisioterapico, pazienti con "media" e "alta" complessità assistenziale. Si è trattato di uno studio longitudinale, *durata*: 4 mesi si sono distribuiti 185 questionari e se ne sono ritirati 146 compilati pari a 78,91%. Unito al questionario è stato consegnato al reclutato/a il foglio informativo e il documento che garantisce la riservatezza dei dati. Il questionario è stato ritirato dal coord. Inf.co dell'ADI. dalla Scrivente e dal cood dei fisiotrapisti almeno dopo 15/20 giorni di assistenza domiciliare. Il questionario è stato testato al fine di verificare la comprensibilità del testo.
Risultati. I risultati del questionario hanno messo in luce un certo grado di soddisfazione manifestata dagli utenti e dai caregivers rispetto alle attese, alla disponibilità, al coordinamento, alla tempestività nella risposta, e hanno anche significato alcune criticità eccesso di burocrazia, evidenziando il tasso di invecchiamento pari al 26,7% nella ASL2, nonché una presenza del 50,7% ultraottantenni con conseguente, 40,6% completamente allettato (24 ore al dì), ma nonostante ciò il nostro campione 93,2% preferisce le cure domiciliari anche se deve integrarle con assistenza a pagamento piuttosto che essere istituzionalizzato. La qualità della vita, è stato indagato con indicatori quali la presenza del dolore e la sua cura, la presenza di LDD, alle dimissioni oppure insorte dopo.
Conclusione. Si è pensato di considerare i suggerimenti forniti dai nuclei familiari anche se erogati dal 48% degli intervistati: costituzione di un opuscolo informativo con fondi extrabudget, sveltire le pratiche burocratiche per la richiesta dei preside e ausili necessari, rispondere in minor tempo per l'avvio dell'ADI max 10 dì. La ricerca ha permesso al gruppo di lavoro di meditare delle proposte e di estendere quindi le cure domiciliari finanziaria permettendo sette giorni su sette e per 12 ore al dì e la notte coperta con l'istituto di pronta disponibilità medica, infermieristica, specialistica, promuovere un questionario rivolto al caregiver "Caregiver Burder Inventory",inserire l'infermiere Case Manager, Costruire indicatori di processo e di esito per l'allocazione delle risorse, l'analisi dell'offerta dei servizi territoriali, per indagare l'attività svolta.

Bibliografia

Cinotti R, Cipolla C. La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini: metodi e strumenti, Franco Angeli, 2003.

Fain James A. La ricerca Infermieristica - leggerla, comprenderla e applicarla, present. di L. Saiani, MI McGraw-Hill 2004 [seconda edizione].

Lo Biondo-Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca Infermieristica. McGraw-Hill 2004 [quinta edizione].

Morandi A, Rozzini R, Trabucchi M. Persona, salute, fragilità. Vita e pensiero 2006.

Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. L'infermiere di famiglia - scenari assistenziali e orientamenti futuri. McGraw-Hill 2005.

Ipotiroidismo post amiodarone, deterioramento cognitivo e fibrillazione atriale

G. Di Bella, I. Buscemi, M. Deleo, G. Antista, G. Spatafora, C. Aglialoro , G. Fodale, L.J. Dominguez, M. Barbagallo
U.O. di Geriatria, Università di Palermo

Il cuore è un importante organo bersaglio dell'azione degli ormoni tiroidei. La frazione libera della triiodiotironina (FT3) induce modulazioni della funzione cardiaca attraverso meccanismi diretti e indiretti. Gli effetti diretti sono mediati da meccanismi nucleari ed extranucleari che inducono modificazioni nella funzione cardiaca in pazienti con ipotiroidismo e ipertiroidismo. I meccanismi nucleari dipendono dal legame di FT3 con i miociti cardiaci, invece quelli extranucleari dipendono dal legame di FT3 con recettori siti sulle membrane cellulari la cui attivazione aumenta la trascrizione di proteine sensibili all'azione di FT3. La tiroide è però

sensibile anche all'azione di alcuni farmaci primo fra tutti l'amiodarone. La molecola di questo antiaritmico è costituita da un benzofurano contenente notevole quantità di iodio. È stato dimostrato che nei pazienti trattati con amiodarone i livelli di iodio inorganico sono aumentati nel plasma e nelle urine mentre l'uptake e la clearance decrescono in maniera significativa. L'amiodarone presenta infatti analogie strutturali con gli ormoni tiroidei e la somministrazione del farmaco a lungo termine può indurre ipotiroidismo e meno frequentemente ipertiroidismo. Presentiamo il caso clinico di un uomo di 82 anni che giunge alla nostra osservazione per disturbi della memoria a breve termine, rallentamento psico-motorio, cefalea e disturbi della deambulazione. All'ingresso presentava un MMSE di 15,04 con una importante compromissione dell'autonomia funzionale (ADL: 3/6 e IADL: 0/5). L'anamnesi del paziente rivela una storia clinica di ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, BPCO, insufficienza renale cronica e pregresso ictus ischemico (CIRS: indice di severità: 3.23; indice di comorbilità complessa: 9). Dall'età di 52 anni aveva presentato ricorrenti episodi di fibrillazione atriale parossistica e di tachicardia parossistica sopra ventricolare. Nel 2003 (circa 3 anni prima di giungere alla nostra osservazione) in seguito ad un ulteriore episodio di fibrillazione atriale aveva iniziato terapia con amiodarone al dosaggio di 200 mg/die. All'ingresso presso il nostro day-hospital presentava una fibrillazione atriale con risposta ventricolare di 70 b.p.m. e blocco di branca destra; FT3 0,302 ng/L, FT4 0,498 ng/dL, TSH 48,9 mU/L. Inizia pertanto terapia con levotiroxina inizialmente al dosaggio di 50 μg/die e veniva sospeso l'amiodarone. Durante il decorso clinico il dosaggio della levotiroxina è stato modificato secondo la sintomatologia clinica del paziente e i valori di TSH, fino a giungere al dosaggio mostratosi ottimale di 37,5 μg/die. Ai successivi controlli si assiste alla ripresa del ritmo sinusale obiettivato attraverso ECG e alla normalizzazione degli ormoni tiroidei. Dopo la ripresa della normale funzionalità tiroidea, il MMSE, ADL e IADL sono nettamente migliorate rispetto ai valori iniziali.
Questo caso clinico ci invita ad una attenta riflessione sulla necessità di indagare la funzionalità della ghiandola tiroidea soprattutto nei pazienti anziani nei quali la presentazione clinica può essere subdola o con manifestazioni diverse di quelle usuali nel paziente giovane. Nei casi in cui sia necessario l'uso di amiodarone è cruciale indagare la funzionalità della ghiandola tiroidea prima dell'inizio della terapia per evitare l'insorgenza di ipotiroidismo iatrogeno. L'ipotiroidismo può favorire a sua volta lo sviluppo di coronariopatie in diversi modi: creando uno stato inotropo e cronotropo negativo da cui può scaturire una ischemia coronarica e inducendo alterazioni del profilo lipidico con aumento delle LDL, incrementando il rischio di aterogenesi coronarica.

Giardino Alzheimer: integrazione attiva e permanente del nucleo terapeutico

M. Di Donna[1], F. Mastroianni[2]

[1] Architetto, progettista, funzionario tecnico LL.PP. Città di Rende (CS); [2] Gerontologo e Geriatra

Introduzione. È noto che il Nucleo Alzheimer contribuisce alla complessa gestione del soggetto affetto da disturbi comportamentali e da demenza. L'efficacia dell'ambiente "protesico" si realizza in modo compiuto quando al nucleo d'ambientazione interna si associa il giardino Alzheimer in spazi all'aperto.
Scopo. Il nostro studio vuole evidenziare l'efficacia dell'integrazione attiva e permanente del giardino Alzheimer con il nucleo, al fine di massimizzare la sinergia dei due luoghi e rendere complementari diverse ambientazioni architettoniche organizzate in un continuum terapeutico.
Metodi. Lo studio è concepito in modo da sperimentare metodologie applicative tali da fondere in un unico luogo di cura due ambienti attualmente diversi per collocazione (interno ed esterno) e per fruibilità spazio-temporale (ogni giorno il nucleo, in particolari condizioni climatiche il giardino).
Attraverso la comparazione tra gli effetti indotti dall'ambiente e le caratteristiche comportamentali di questi pazienti, viene ad essere determinato, mediante una matrice correlativa pluridimensionale, la definizione di elementi rappresentanti l'ambiente protesico sia per gli spazi interni sia per gli esterni, con un maggiore rapporto di interdipendenza e funzionalità reciproca.
Le diverse tipologie di allestimento dell'architettura terapeutica possono contribuire al notevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti: le varietà delle caratterizzazioni, considerando necessariamente differenti interventi di definizione architettonica in diversi luoghi, sono contemplate nell'approccio sistemico generale attraverso l'uso nella matrice di elementi costanti (invarianti) sia di "ingresso dati" che di "uscita obiettivi", innestando come riferimento variabile gli elementi di definizione della qualità dello spazio per il quale si definiscono le tipologie di livello quantitativo-qualitativo.
Una metodologia sistemica potrebbe consentire nel tempo l'implementazione e l'aggiornamento sia di nuovi elementi da considerare che di nuove tecnologie da porre a servizio sia del personale di cura che dei pazienti.
Conclusioni. La perfetta ed attiva integrazione di due luoghi terapeutici che ne consente il loro continuo utilizzo è utile per impattare positivamente sui disturbi comportamentali del soggetto affetto da demenza in ogni periodo dell'anno.
Sintetizzare due luoghi in un unico obiettivo; due luoghi in un continuum terapeutico, integrando in modo permanente un ambiente esterno ed uno interno, sempre conservando per ciascuno caratteristiche peculiari, ma fondendo insieme gli aspetti terapeutici per aumentare l'efficacia, e migliorare la qualità della vita del paziente e facilitare il lavoro degli operatori.
L'utilizzo di luoghi perfettamente funzionali in ogni periodo dell'anno consentirebbe di minimizzare il disorientamento spazio-temporale e prolungare in tutti i pazienti che si ricoverano in strutture residenziali, la possibilità di usufruire in ogni periodo di alternative differenziate senza problemi di adattamento nella metodologia curativa dell'architettura terapeutica.

Benefici dell'attività motoria adattata in individui affetti da BPCO

F. Di Meo, T. Averna, P. Porcacchia, S. Brunelli, S. Lubich, C. Pizzoli, M. Traballesi

Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma

Scopo della ricerca. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare gli effetti di un protocollo di allenamen-

to ad intensità moderata della durata di 12 settimane sui parametri cardiorespiratori, l'efficienza fisica e la qualità della vita legata allo stato di salute di soggetti ultrasessantenni sedentari affetti da BPCO di grado lieve-moderato.
Materiali e metodi. *Criteri di inclusione*: età maggiore di 60 anni; sedentarietà, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), con o senza terapia in atto, allo stadio 0, I, II secondo le linee guida GOLD 2003[1]. *Valutazioni effettuate*: anamnesi, visita clinica generale, misurazione della pressione arteriosa, ECG a riposo, misurazione della percentuale di saturazione dell'emoglobina nel sangue periferico, esame spirometrico, test da sforzo su cicloergometro, St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Al termine del training sono stati sottoposti ad una seconda valutazione uguale alla prima. I parametri confrontati tra I e II valutazione sono stati: la capacità vitale forzata (FVC), il volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV_1), l'indice di Tiffeneau (T), la saturimetria (O_2 sat) e la pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) a riposo, la frequenza cardiaca (FC), la O_2 sat, la PAS, la PAD e la FC all'acme dello sforzo e il massimo carico raggiunto (WL). *Protocollo di allenamento*: tre mesi di sedute della durata di un'ora, 3 volte/settimana, comprendenti attività di tipo aerobico (per almeno 30 minuti continuativi) ed esercizi sia a carico naturale che con attrezzi (esercizi di ginnastica respiratoria ed esercizi per promuovere la mobilità articolare e il rinforzo muscolare dei vari distretti anatomici). Il limite di intensità massimo previsto per gli esercizi ginnici era pari al 50% della massima contrazione volontaria e, per l'attività aerobica, pari al 40-50% della riserva di frequenza cardiaca[2]. Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico della Fondazione Santa Lucia. I partecipanti hanno sottoscritto il consenso informato.
Risultati. Sono stati studiati 56 soggetti (29 maschi e 27 femmine). Il 18% dei soggetti era fumatore. Tra i non fumatori il 65% era ex fumatore. I pazienti che utilizzavano farmaci broncodilatatori (β2-agonisti e anticolinergici) erano 26. I soggetti non hanno variato la terapia farmacologica né modificato il loro regime dietetico durante le 12 settimane.
Dopo il training i parametri cardiorespiratori a riposo migliorati in modo statisticamente significativo sono risultati: FVC, PAS e PAD. I parametri cardiorespiratori migliorati all'acme dello sforzo durante test al cicloergometro sono: PAD, FC, WL, O_2 sat. In relazione al sesso, i maschi hanno migliorato più delle femmine in modo statisticamente significativo per quanto riguarda la PAS basale, la PAD basale e la PAD al picco dello sforzo. Nell'ambito dell'intero campione i valori di FVC sono migliorati in modo statisticamente significativo più in coloro che utilizzavano farmaci broncodilatatori rispetto a chi non assumeva terapia farmacologia. I punteggi ottenuti al SGRQ in seconda valutazione rispetto alla prima sono diminuiti in maniera statisticamente significativa sia in ciascuna sezione del questionario che nel complesso, indicando un miglioramento della qualità della vita legata allo stato di salute.
Conclusioni. I risultati presentati mostrano che il protocollo proposto, in soggetti affetti da BPCO di grado lieve-moderato, già in dodici settimane è stato in grado di migliorare la tolleranza allo sforzo, di procurare un migliore controllo della pressione arteriosa sia a riposo che sotto sforzo, di incrementare, la FVC e O_2 sat durante lo sforzo, e di determinare un miglioramento della qualità della vita legata allo stato di salute.

Bibliografia

1. Pauwels RA, Buist AS, Ma P, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: National Heart, Lung, and Blood.
2. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and Hypertension. Med Sci Sports Exerc 2004;36:533-53.

Riposo	FVC	FEV1(l/s)	Tiffeneau	O2 sat	PAS	PAD	FC
I visita	2,87 ± 0,9	2,06 ± 0,6	70 ± 13	95,9 ± 1.9	137 ± 12	84 ± 6	65 ± 10
II visita	2,95* ± 0,9	2,08 ± 0,6	71 ± 9	96.1 ± 1.7	131** ± 12	80** ± 7	65 ± 9

Legenda:* = $p < 0.05$
** = $p < 0.001$

SFORZO	PAS	PAD	FC	WL	O2 sat%
I visita	183 ± 17	91 ± 11	114 ± 14	72 ± 24	95,6 ± 1.8
II visita	182 ± 15	88** ± 10	119** ± 15	86** ± 28	96,1* ± 1,7

SGRQ	Sintomi	Attività	Impatti	Totale
I visita	35.6 ± 21.1	34.8 ± 20.4	18.3 ± 16.9	26.2 ± 16.5
II visita	28.9* ± 18.8	28.4* ± 18.6	12.7* ± 11.4	20.1* ± 13

Ipersonnia in ictus ischemico pontino

M.R. Di Palma, C. Palmacci, S. Aquila, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. Numerosi dati di elettrofisiologia suggeriscono un ruolo critico delle strutture del ponte nella regolazione del sonno REM ma solo pochi lavori in letteratura valutano gli effetti delle lesioni cerebrali focali sul sonno.
Caso clinico. Abbiamo studiato un paziente di 81 anni, affetto da ipertensione arteriosa, diabete mellito di II tipo ed osteoartrosi, giunto alla nostra osservazione in seguito alla comparsa di un quadro clinico caratterizzato da disartria e deficit funzionale all'arto superiore destro. Lo studio neuroradiologico effettuato mediante RMN 72 ore dopo la comparsa dei sintomi, ha documentato un'area di segnale iperintenso nella porzione paramediana del ponte in sede anteriore sinistra, compatibile con lesione ischemica subacuta. Nei giorni successivi il paziente ha sviluppato ipersonnia, caratterizzata da ripetuti ed improvvisi episodi di sonno diurno e frammentazione del sonno notturno. Lo studio polisonnografico delle 24 ore ha escluso la presenza di fasi di apnea centrale od ostruttiva, documentando un'alterazione severa del ritmo circadiano e un danno dell'architettura del sonno, con una prevalenza molto bassa di onde lente (fase 3 e 4 NREM) e quasi totale assenza della fase REM. Circa tre mesi dopo si è osservata completa remissione clinica.
Conclusione. L'ipersonnia è stata frequentemente associata ad ictus talamici paramediani (1) ma raramente a lesioni ischemiche pontine. È stata descritta in letteratura una sindrome clinica caratterizzata da alterazioni del ritmo circadiano, assenza di fasi REM e disorganizzazione delle fasi NREM secondaria a estese lesioni pontine che coinvolgevano anche il tegmento pontino (2).
La nostra osservazione suggerisce che anche una piccola lesione ischemica paramediana pontina può indurre un severo disturbo acuto del sonno, la cui presentazione clinica è caratterizzata da ipersonnia diurna, dovuta ad un danno dell'architettura del sonno che riguarda non solo le fasi REM, ma anche le NREM. Tale danno nella regolazione del sonno può risultare in una alterazione globale del ritmo circadiano.

Bibliografia

1. Lovblad KO, Bassetti C, Mathis J, Schroth G. MRI of paramedian thalamic stroke with sleep disturbance. Neuroradiology 1997;39:693-8.
2. Autret A, Lucas B, Mondon K, Hommet C, Corcia P, Saudeau D, de Toffol B. Sleep and brain lesions: a critical review of the literature and additional new cases. Neurophysiol Clin 2001;31:356-75.

Depressione, anziani e psicoterapia

A. Di Prima, G. Belvedere, M. Ferlisi, A. Lo Bue, G. Bellavia, C. Aglialoro, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Il paziente anziano spesso presenta, insieme al disturbo depressivo, un corollario di malattie organiche, per cui la motivazione a una psicoterapia risulta più debole se esiste una comorbilità sul versante somatico e, dato che la psiche al di là di una conoscenza razionale della morte non sembra essere capace di aderire con intima e profonda condizione alla rappresentazione mentale della propria fine, è allora possibile che si consolidino le negazioni e gli spostamenti. La vecchiaia è infatti l'età dei bilanci della vita che difficilmente possono essere ignorati a causa dei cambiamenti di ruolo a cui le persone vanno incontro sul piano somatico, psichico e sociale e il sommarsi di una interferenza patofisiologica influisce nella richiesta di un sostegno psicologico. In un rapporto terapeutico dinamico l'elaborazione dei lutti e delle perdite ha lo scopo di eliminarne la loro concretezza, liberare i desideri dai loro aspetti di sogno per trasformarli in rappresentazioni la cui funzione è di arricchire, rendere viva e continuativa l'esistenza di ogni persona. La parte vecchia della personalità può essere costituita da aree della mente congelate in un passato da cui non è facile distaccarsi, sia perché è stato idealizzato, sia perché gli affetti che fanno rivivere i fatti della vita sono stati idealizzati da un controllo di tipo ossessivo e trattati alla stregua di oggetti di cui impossessarsi. Questo rimanda pertanto alla possibilità di analizzare la personalità del paziente anziano senza limitarsi solamente alla realtà depressiva, ma rapportandola a una personalità che in età giovanile probabilmente era predisposta all'insorgenza di questo disturbo al fine di creare un parallelo tra personalità "vecchia" e i corrispettivi clinici di una sintomatologia simile ma vissuta in tempi differenti. Benché la depressione si presenti con percentuali minori negli anziani che nei giovani, essa è il disturbo psichiatrico maggiormente diffuso nella senilità.Tuttavia la depressione continua ad essere sottodiagnosticata nella popolazione anziana per una serie di difficoltà nella diagnosi differenziale: difficoltà di distinguere tra condizioni fisiche ed effetti collaterali di farmaci che condividono i sintomi con la depressione; variazioni nel pattern del sonno dovute all'età che simulano i disturbi del sonno nella depressione;tendenza degli anziani a mascherare i problemi psicologici, concentrandosi su quelli somatici; uso di farmaci che inducono sintomi depressivi. Ricordando che attualmente non esistono strumenti di valutazione standardizzati per identificare i gruppi di sintomi tipici della depressione in geriatria e che gli anziani compiono pochi tentativi di suicidio o molto difficilmente riferiscono la loro ideazione suicidaria, il rischio di suicido portato a termine è preoccupante tra i vecchi.Tuttavia lo strumento di autovalutazione GDS e l'utilizzo del MMSE (al fine di distinguere la pseudo-demenza imputabile alla depressione dalla demenza vera e propria) sono procedure rutinarie che registrano un certo successo nella diagnosi. Si rende necessario anche indagare sulla storia del disturbo nel soggetto per stabilire se esso è cronico o meno, tenendo presente la particolarità che il tempo che separa gli episodi depressivi diminuisce all'aumentare dell'età.Per quanto riguarda il trattamento, si sono dimostrate efficaci le psicoterapie già utilizzate con gli adulti con particolare attenzione nel promuovere nell'anziano un ruolo attivo in terapia e nel facilitare la procedura terapeutica. Nella scelta del trattamento farmacologico vanno principalmente valutati gli effetti collaterali delle sostanze.

BIBLIOGRAFIA

Caspi A et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301:386-9.

Marchionni M et al. Stato psicoaffettivo e condizioni di salute fisica nell'anziano. G Gerontol 2002;2:67-80.

Dagli obiettivi regionali alle risposte dei caregivers. Indagine sulla soddisfazione del centro distrettuale per i disturbi cognitivi di Reggio Emilia

D. Di Salvo, M.T. Valeriani, F. Aleotti, C. Ascari, M. Bagnasco, L. Casolari, G. Del Din, S. Fiaccadori, C. Menozzi, G. Miselli, M. Poletti, M. Venturi, P.A. Bonati

Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi di Reggio Emilia, AUSL RE. Centro Esperto Interaziendale Disturbi Cognitivi, Reggio Emilia

Scopo. Nelle sindromi cliniche caratterizzate da significativa perdita delle funzioni cognitive, disturbi che investono la sfera della personalità, dell'affettività, dell'ideazione, della percezione, delle funzioni vegetative e del comportamento, il nucleo familiare riveste un ruolo fondamentale nella gestione del paziente, risulta la risorsa principale per l'assistenza, e l'elemento che può ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione. Muovendo da queste premesse, la Regione Emilia Romagna, attraverso il "Progetto Regionale Demenze", dal 1999 ha istituito dei centri specialistici per la diagnosi, la cura e di appoggio ai caregivers; a sei anni dall'apertura il Centro Distrettuale per i Disturbi Cognitivi di Reggio Emilia, ha dato avvio ad un'indagine sulla soddisfazione dei caregivers e di conseguenza sulla qualità del servizio offerto.
L'indagine si è proposta di verificare: a) il punto di vista dei caregivers sull'attività clinica, diagnostica, farmacologica e assistenziale del Centro e delle modalità di erogazione di questa; b) il grado di soddisfazione dei caregivers non solo per la fase clinico-diagnostica, ma anche per la presa in carico del paziente e del caregiver; c) il giudizio dei caregivers per orientare ipotesi di intervento migliorativo del servizio stesso.
Materiali e metodi. L'indagine è stata svolta dal secondo semestre del 2005 alla fine del 2006, per mezzo di un questionario self-report, composto da 14 domande raggruppate in cinque diverse aree tematiche (1. Soddisfazione generale; 2. Soddisfazione del servizio telefonico e di accoglienza (cortesia, informazioni, ambienti); 3. Soddisfazione dell'attenzione fornita ai familiari; 4. Sulla base della sua esperienza, consiglierebbe il centro a conoscenti?; 5. Soddisfazione alla prima visita/visite successive), distribuito al momento della visita e compilato in forma anonima dai caregivers, in prima visita o in follow-up, per misurare il livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alla qualità degli interventi professionali, all'adeguatezza ambientale e all'organizzazione complessiva del Centro. Al termine dell'indagine sono stati restituiti complessivamente 480 questionari. Le risposte ottenute (comprese le domande aperte per cogliere suggerimenti in forma libera) sono state comparate con gli obiettivi del "Progetto Regionale Demenze" della Regione Emilia Romagna attraverso temi specifici: a) prevenzione, diagnosi, terapia e cura; b) conoscenza della malattia, consigli, indicazioni; c) sostegno e lavoro di cura dei familiari e approccio al paziente; d) implementazione e adeguatezza dei servizi; e) miglioramento del sistema di relazioni. Al fine di individuare i possibili miglioramenti da effettuare, si è proceduto al confronto dei dati relativi al livello di soddisfazione espresso nei questionari, riferito alle prime visite e i follow-up.
Risultati. Il livello di soddisfazione generale in termini quantitativi è risultato significativo (in media > 90%). In una prospettiva di accoglienza dei bisogni, è stata effettuata un'ulteriore analisi, qualitativa, dei suggerimenti raccolti in forma libera. Che si sono dimostrati spesso coincidenti con gli obiettivi regionali. La visione del Centro che emerge da queste risposte sottolinea l'accuratezza delle informazioni fornite ai familiari, l'attenzione e la cura rivolta al paziente fin dal primo contatto, l'ottimo lavoro nella definizione dell'orientamento diagnostico, la fiducia riposta nelle cure farmacologiche e non, con la consapevolezza della "*care* piuttosto che la *cure*". Tra i suggerimenti espressi emergono: un miglioramento ulteriore della qualità e del potenziamento dei servizi erogati in rete, la possibilità di maggiori interazioni esperienzali fra i caregivers.
Conclusione. Sul piano pratico siamo portati a pensare che introdurre la soddisfazione nell'assessment di routine, porti anche ad un miglioramento sostanziale della comunicazione con ricadute positive su tutto il lavoro di cura clinico e assistenziale. L'analisi qualitativa effettuata ha reso possibile un impegno teso al miglioramento continuo più mirato, partendo dai bisogni espressi dagli utenti e, allo stesso tempo, la voce di questi è risultata un sensibile indicatore nel cogliere gli indirizzi regionali, così come espressi nel "Progetto Regionale Demenze". I dati che emergono evidenziano differenze di soddisfazione in alcune aree e alla luce delle riflessioni sui risultati ottenuti, nel mese di settembre 2006, è stata effettuata una riorganizzazione del Centro. Un'ulteriore verifica è in corso dopo tale riorganizzazione.

BIBLIOGRAFIA

Progetto Regionale Demenze: Approvazione Linee Regionali e primi interventi attuati. Assegnazioni e finanziamenti AUSL. Delibera Giunta Regionale, Regione Emilia Romagna n. 2581 del 30/12/1999.

Quando l'età non è pregiudizio per iniziare un trattamento nutrizionale artificiale domiciliare

P. Di Salvo[1], G. Di Silvestre[1], E. Spitalieri[1], M.C. Cataldo[1], G. Dalia[1], G. Oddo[1], L. Di Salvo[2]

[1] Servizio Dipartimentale Anziani e ADI- AUSL 6, Palermo; [2]Responsabile Team Nutrizionale AUSL 6, Palermo

Introduzione. Caso di severa malnutrizione cronica secondaria a disfagia, prima per i liquidi e successivamente anche per i solidi, da pregresso intervento demolitivo per K base della lingua (1989) in paziente di anni 78 inserito in un programma di nutrizione artificiale domiciliare (NAD).
Materiali e metodi. Il paziente è stato segnalato dal MMG al servizio di ADI Cure Palliative dopo posizionamento di

PEG per disfagia totale, avvenuto in data 26/01/07, e prescrizione di dieta ipercalorica, 1.5 Kcal/ml, somministrata in tre boli, per un contenuto calorico pari a 900 Kcal/die, e di "terapia farmacologica per os".
Alla VMD iniziale si è evidenziato un quadro clinico non dipendente da uno stato di teminalità imputabile alla pregressa patologia neoplastica. Il paziente si presentava ansioso ed irrequieto con umore depresso, consapevole che la sua aspettativa di vita dipendeva strettamente dalla "possibilità di alimentarsi"; lamentava astenia, incapacità a mantenere la posizione eretta, stipsi ostinata, insonnia. All'esame obiettivo: grave disartria, stato di malnutrizione e di disidratazione, mucosa peristomale edematosa, arrossata e dolente, severa ipotonia ed ipotrofia muscolare con totale dipendenza nelle ADL e nelle IADL. GDS: 14/15 CIRS: indice di severità: 1.9 indice di comorbidità 4 MNA < 17 Dati antropometrici: Altezza 158 cm, Peso alla presa in carico (1/02/07): 32 Kg (Peso all'intervento – 1989 –: 68 Kg ; Peso nel 2005: 42 Kg); IMC 12.8 Kg/m^2; indici bioumorali: Proteine Totali: 6.34 gr/dl, albumina 2.9 gr/dl, transferrina 220 ml/dl, linfociti 587 mm^3.
Si configurava pertanto un quadro di malnutrizione cronica severa.
Valutata la compliance del paziente e della sua famiglia (1), l'équipe, composta dal geriatra, dal MMG, dal Farmacista esperto in nutrizione, dall'Infermiere Professionale, dopo aver stimato, con la formula di Harris e Benedict, il dispendio energetico basale, ha elaborato un trattamento nutrizionale con dieta enterale polimerica normocalorica arricchita di fibre, da somministrare con pompa peristaltica tramite PEG alla velocità di 40 ml/h per 24 h, dopo adeguata idratazione (2). Condividendo con il paziente e il familiare il trattamento e gli obiettivi è stato formulato un Piano Assistenziale Individuale (PAI) nel quale si prevedeva la figura dell'infermiere professionale per l'addestramento del paziente e del familiare alla gestione della via nutrizionale ed al riconoscimento e gestione delle eventuali complicanze (3).
Risultati. Durante il trattamento non si sono verificate complicanze metaboliche, un solo episodio di complicanza meccanica è stato ben gestito dal familiare e dall'infermiere professionale. A quattro mesi dall'inizio della NAD il paziente non è più ansioso, l'umore è migliorato, riesce ad ironizzare sul suo modo di alimentarsi, riposa la notte, se accompagnato è in grado di uscire per fare piccole passeggiate, l'alvo è regolare. Dati antropometrici: peso 40 Kg, IMC 16 Kg/m^2 ADL 11/18 IADL 6/14 GDS 6/15 indici bioumorali: Proteine Totali: 7.58 gr/dl, albumina 4.36 gr/dl, transferrina 351 ml/dl, linfociti 838 mm^3. Considerato l'aumentato fabbisogno, la capacità di tollerare volumi e velocità superiori, l'esigenza del paziente di riposare meglio la notte, in atto la dieta viene somministrata alla velocità di 120 ml/h per 12 h (1, 2).
Conclusione

1. Anche nel paziente anziano la NAD si è confermata terapia salvavita nel caso in cui la normale alimentazione per os è compromessa.
2. Quando adeguatamente gestita nei modi e nei tempi, specie in un paziente con malnutrizione cronica severa, può essere esente da complicanze metaboliche.
3. Nella decisione di alimentare artificialmente il paziente, "considerato terminale", con disfagia totale e grave compromissione dello stato nutrizionale, la VMD, il trattamento in assistenza domiciliare con presa in carico globale, il lavoro in équipe con procedure definite, la condivisione degli obiettivi, si sono mostrati efficaci dal punto di vista clinico e gestionale, migliorando inoltre la qualità di vita sia del paziente che della sua famiglia.

Bibliografia

1. Nanni P et al. Esperienze di counseling: il paziente in Nutrizione Artificiale. ADI Magazine 2006;4:470-1.
2. Di Salvo L. Nutrizione Artificiale. EdiSEE 2006.
3. Bosetti A. Riabilitazione Nutrizionale del paziente oncologico e neurologico: casi clinici. ADI Magazine 2006;4:478-9.

Livelli plasmatici di adiponectina ad alto (HMW) e basso (LMW) peso molecolare in pazienti non diabetici con scompenso cardiaco su base ischemica

C. Di Serio, S. Pellerito, B. Romboli, F. Orso, C. Colombi, P. Valoti, E. Mannucci, M. Monami, G. Masotti, N. Marchionni, S. Baldasseroni, F. Tarantini

Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC)

Scopo. L'adiponectina è un ormone che conferisce insulino-sensibilità, dotato di una ben nota funzione antinfiammatoria. Questa citochina circola nel siero umano in forma di trimeri (basso peso molecolare, LMW), esameri (peso molecolare intermedio, MMW) e multimeri (alto peso molecolare, HMW). Sebbene l'esatta azione biologica di ciascuna forma sia ancora oggetto di dibattito, è ormai chiaro che una variabilità di espressione delle tre isoforme contribuisce ai molteplici effetti biologici di questo ormone. Bassi livelli plasmatici di adiponectina totale sono stati correlati con un aumentato rischio di morbilità cardiaca e mortalità, in soggetti sani. In pazienti affetti da patologia coronarica ischemica, i livelli plasmatici di adiponectina totale sono risultati inversamente correlati con la gravità della malattia. Questa riduzione di adiponectina circolante sembra essere prevalentemente attribuibile ad una significativa riduzione delle forme ad alto peso molecolare. Numerosi studi hanno già dimostrato che, a differenza della cardiopatia ischemica, i livelli plasmatici di adiponectina circolante aumentano nei pazienti affetti da scompenso cardiaco, rispetto ai controlli sani. Tuttavia, le informazioni relative ad una possibile modulazione delle varie forme di adiponectina in questo gruppo di pazienti sono ancora frammentarie. Scopo dello studio è stato quello di valutare la correlazione che esiste tra concentrazioni plasmatiche di adiponectina totale, HMW e LMW, resistina, tumor necrosis factor (TNF) alfa, pro-brain natriuretic peptide (pro-BNP) e gravità di scompenso cardiaco, in pazienti non diabetici affetti da cardiopatia ischemica.
Materiali e metodi. 59 pazienti (età media 68.3 ± 12.5; range 38-90 anni) non diabetici (HbA1C < 6.5%, glicemia a digiuno < 126 mg/dl), affetti da cardiopatia ischemica (dimostrata mediante angiografia coronarica) sono stati ar-

ruolati e divisi in gruppi in accordo con l'assenza (gruppo A, n = 20 o la presenza (B, n = 18) di disfunzione sistolica (FE < 35%), o la presenza di evidenti segni di scompenso cardiaco (in accordo con i criteri della Società Europea di Cardiologia) (C, n = 21). Sono stati determinati i livelli plasmatici di adiponectina totale e HMW, resistina, TNF alfa e pro-BNP utilizzando test ELISA, disponibili in commercio.
Risultati. L'indice di massa corporea (BMI) è risultato omogeneo nei tre gruppi. I livelli di adiponectina totale mostravano valori significativamente più elevati nel gruppo C, rispetto ai gruppi A e B (A = 7.0 ± 3.4; B = 6.5 ± 3.9; C = 16.4 ± 8.1 mg/L, $p < 0.001$ A e B *vs.* C). Il dosaggio delle forme ad alto peso molecolare ha dimostrato che i livelli aumentati di adiponectina totale dei pazienti del gruppo C erano associati ad un parallelo aumento non solo dei valori assoluti di forme HMW, ma anche del loro valore percentuale (23.4% di HMW nel gruppo A; 32.1% nel gruppo B; 57.2% nel gruppo C). Come atteso, resistina, TNF alfa e pro-BNP aumentavano progressivamente nei tre gruppi (resistina: 12.7 ± 6.4 *vs.* 12.1 ± 4.6 *vs.* 19.1 ± 6.4 ng/ml rispettivamente nei gruppi A, B e C; $p < 0.001$ A e B *vs.* C; TNF alfa: 1.9 ± 1.3 *vs.* 1.4 ± 0.6 *vs.* 2.3 ± 1.1 pg/ml rispettivamente nei gruppi A, B e C, $p < 0.01$ B *vs.* C; pro-BNP: 586.4 ± 502.6 *vs.* 753.5 ± 545.4 *vs.* 3383.9 ± 2091.9 pg/ml, rispettivamente nei gruppi A, B e C; $p < 0.01$ A e B *vs.* C).
Conclusioni. I nostri dati confermano che il peggioramento della disfunzione ventricolare sinistra nei pazienti con SC è associato ad insulino-resistenza, anche nei pazienti non diabetici, come dimostrato dal graduale incremento dei livelli plasmatici di resistina osservato nei tre gruppi. Inoltre abbiamo confermato l'associazione tra elevati livelli di adiponectina e gravità dello scompenso cardiaco, suggerendo un possibile ruolo attivo delle forme di adiponectina ad alto peso molecolare, nella evoluzione della insufficienza cardiaca.

"Progetto ADI-PA 2006" riproposta e valutazione di un modello di assistenza palliativa domiciliare ad elevata integrazione socio sanitaria

G. Di Silvestre[2], G. Oddo[1], L. Calcara[1], M. D'Angelo[3], G. Sciortino[3], G. Dalia[2]

[1] Servizio Dipartimentale Integrazione Socio Sanitaria Anziani e ADI – AUSL 6 Palermo; [2] U.O. Cure Palliative e Coordinamento UVP, [3] Servizio Igiene e Sanità Comune di Palermo

Scopo. Esplorare l'integrazione di partnership tra due gestori istituzionali e partners del terzo settore, area onlus.
Materiali e metodi. Sono state attivate, nell'ambito del "Progetto ADI-PA 2006, assistenze domiciliari palliative per pazienti terminali che prevedevano accessi delle seguenti figure professionali: medico esperto in cure palliative, infermiere, fisioterapista, pisicologo, ass. sociale, assistente domiciliare (tutti specificatamente formati in cure palliative). L'AUSL ed il Comune di Palermo hanno assunto il ruolo di "Partner Gestori" mentre il ruolo di "Partner Erogatori" è stato affidato ad Associazioni Onlus, per altri versi già convenzionate con l'AUSL. L'UVP Integrata della AUSL ha assunto il ruolo di Coordinamento e gestione delle attività monitorando altresì le assistenze, con proprio personale per la "componente sanitaria" e delegando il controllo della "componente sociale" al Comune di Palermo. Sono stati utilizzati per la gestione e controllo, programmi già validati ed in uso l'U.O. Cure Palliative e Coordinamento UVP dell'AUSL 6, la cartella ed il diario clinico, per il perdurare dell'assistenza, giacevano al domicilio dell'assistito e quindi prelevati ed archiviati alla conclusione dell'assistenza, c/o l'AUSL.
Risultati. Al "Progetto ADI PA 2006" a fronte delle 423 assistenze, erogate ai residenti nei distretti cittadini, nel periodo di riferimento, sono stati ammessi 51 assistiti (12%); di questi 31 maschi e 20 donne, con un'età media di 75,4 anni, con un minimo di 45 ed un massimo di 97 anni. La distribuzione nei distretti e apparsa omogenea. In 3 casi l'Indice di Karnofsky (I.K.) era 20; in 7 casi era 25; in 26 casi era 30; in 3 casi era 30; in 3 casi era 35; in 11 casi era 40; in 1 caso era 50. L'incidenza più elevata si è concentrata nelle neoplasie dell'apparato pleuropolmonare (15), dell'apparato colorettale (7), apparato urogenitale (5), prostata (5) e delle neoplasie di origine occulta (5). Sono state erogate un totale di 3.095 g.te di assistenza. Delle 51 assistenze, alla data, 33 sono già concluse, 17 sono ancora in corso ed 1 è stata sospesa per trasferimento presso altra regione. I decessi sono avvenuti in 29 casi al domicilio, in 2 casi in ospedale, in 2 casi in hospice. L'evidenza statistica elaborata sui dati definitivi delle 33 assistenze concluse e di seguito riportata: si è registrata un valore GDC (Giornate Di Carico) di 1.127 a fronte di una GEA (Giornate Effettive di Assistenza) 1.043 i pazienti che hanno avuto almeno un ricovero sono stati 5 pari al 15,2% degli assistiti per un totale di 84 g.te di ricovero pari al 7,5% delle giornate di assistenza erogate. I valori di GEA si sono così stratificati: GEA 1-7gg 7 casi, pari al 21%; GEA 8-45gg 20 casi, pari al 61%; GEA 46-90gg 4 casi, pari al 12% ed infine GEA oltre 90 gg 2 casi, pari al 6%. Sono state assicurati un totale di 287 accessi medici, 367 accessi infermieristici, 67 accessi del fisioterapista, 67 accessi dell'ass. sociale, 53 accessi dello psicologo, 1.478 ore dell'ass. domiciliare. Gli assistiti che hanno fruito dell'ass. domiciliare per 1h die per 6 gg la settimana sono stati 16, hanno fruito per 2h die per 6 gg la settimana 14 assistiti, 2 assistiti hanno fruito dell'ass. domiciliare per 1h die per3 gg la settimana, 1 assistito ne ha fruito per 1h die per 2 gg la settimana. Gli accessi medi per assistenza sono stati: m = 8,7 ; i = 11,1; fk = 2,0 ; as = 1,2 ; ps = 1,6; ad = 44,8 h/die. Gli accessi medi per settimana di assistenza sono stati: m = 1,8 ; i = 2,3 ; fk = 0,4; as = 0,2; ps = 0,3; ad = 9,2 h/die. L'Intensità Assistenziale (I.A.), non considerando gli accessi dell'assistente domiciliare, in 2 casi è stata < 0,45; in 12 casi è stata > 0,45 < 0,75 e in 19 casi è stata > 0,75. In 20 casi sono stati prescritti presidi ed ausili e in 4 casi integratori alimentari, ed infine un paziente ha fruito di NPT.
Conclusione. L'evidenza scaturita dall'audit e dall'analisi dei dati emergenti, conferma che questo tipo di modello assistenziale è una forma di assistenza completa ed esaustiva, che trova il suo punto di forza, oltre che nel gradimento dell'utenza (assistito e famiglia) nella flessibilità operativa ed economica propria del modello. Punto di debolezza risulta invece la limitatezza del numero delle assunzioni rispetto la necessità espressa dal territorio, da imputare alla limitatezza delle risorse economiche messe a disposizione dal Comune di Palermo e dal mancato coordinamento con le risorse disponibili in forza della legge 328.

Quale formazione per l'operatore socio sanitario in RSA? Analisi e valutazione tramite somministrazione di un questionario del bisogno formativo

M. Dilda, G. Gelmini

Fondazione "Ospedale della Carità" RSA, Casalbuttano (CR)

Scopo. L'investimento in qualità di cura e assistenza rappresenta e rappresenterà sempre di più un impegno dei sistemi sanitari e socio-sanitari (es. gli standard per l'accreditamento, joint commission, ecc.).
Sul piano operativo ed organizzativo ci si dovrà continuamente chiedere quali processi e procedure sono progressivamente indispensabili per ben svolgere l'attività socio-sanitaria prevista.
La necessità che anche i sistemi assistenziali delle RSA siano culturalmente e professionalmente sempre più moderni e qualificati, è un'evidenza che si va ogni giorno maggiormente consolidando.
Negli anni passati, purtroppo, si è dedicato poco tempo e poco spazio al problema della formazione senza pensare che invece rappresenta un fondamento indispensabile per avviare e sostenere il funzionamento e l'efficienza-efficacia dei servizi geriatrici
La formazione di base, specialistica, generale, continua rappresenta quel momento culturale e professionale fondamentale nell'organizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture assistenziali. In particolare tale aspetto vale per l'OSS, "l'anello debole della catena culturale" che tuttavia svolge un ruolo fondamentale e attivo in tutte le dinamiche assistenziali (prevenzione, animazione, riabilitazione, riattivazione, recupero dell'autonomia, ecc.) dovendo peraltro possedere capacità comunicative di rilievo sulla base di specifiche conoscenze psicologiche
Materiali e metodi. Consci di quanto definito in introduzione ci siamo chiesti: quale formazione? E per dare una risposta adeguata e concreta abbiamo definito e consegnato un questionario del bisogno formativo contenente oltre che alla domanda degli argomenti di interesse (massimo due argomenti) anche la volontà di partecipazione al gruppo di lavoro su procedure e protocolli vari nonché la volontà di partecipazione ad uno specifico corso di formazione sulle demenze finalizzato alla creazione di un "nucleo Alzheimer".
Risultati. Gli argomenti di maggior interesse sono risultati i seguenti:
- Lavoro d'èquipe 41%;
- Argomenti clinici vari 39%;
- Strategie terapeutiche alternative 27%;
- Assistenza all'ospite con Alzheimer 25%;
- Assistenza all'ospite terminale 9%;
- Nessuna richiesta 25%.

Alla richiesta di interesse partecipativo alla stesure dei protocolli il 33% ha risposto in maniera affermativa. La maggior richiesta di partecipazione è stata i protocolli lesioni da decubito, accoglienza, cadute, contenzione a alimentazione. Gradimento minore hanno ricevuto i protocolli incontinenza urinaria, igiene dell'ospite e igiene ambientale.
Per quanto riguarda un interesse specifico alla formazione specifica finalizzata a svolgere attività assistenziale in eventuale nucleo Alzheimer ha risposto in maniera affermativa il 18% del personale
Conclusione. La somministrazione di un questionario formativo rappresenta a nostro avviso il metodo migliore per definire la necessità percepita di formazione da parte degli operatori. Nel contesto è servita a sensibilizzare sul "problema" formazione, ancora distante dall'essere ritenuto un "motore portante" dell'attività assistenziale, come sembra evidenziare la "scheda bianca" di un quarto degli operatori. È verosimile che ciò sia frutto anche di scarsa considerazione da parte di alcuni operatori del proprio ruolo professionale. Tuttavia ci pare positivo che la maggior richiesta sia stata verso argomenti clinici e soprattutto sia così sentita la volontà di conoscere/essere parte integrante dell'èquipe come vuole sicuramente la "filosofia assistenziale" che deve consolidarsi in tutte le strutture geriatriche.
A conferma la voglia di partecipazione (e di confronto) ai gruppi di lavoro interdisciplinari sui protocolli che ha coinvolto ben 1/3 degli operatori.

Bibliografia

Gelmini G. Geriatria per Operatori Socio Sanitari. Roma: Carocci aber Ed. 2003.

Gelmini G. Funzioni e ruolo degli operatori socio-assistenziali. Pro terza età 2001;7/18:17.

Gelmini G, Araldi A. Operatore tecnico di assistenza, operatore socio-assistenziale, addetto all'assistenza: quale futuro e quale percorso professionale per questi ruoli? G Gerontol 1999;47(Suppl 3):53.

Monitoraggio dell'andamento del consumo di farmaci analgesici in una RSA per il biennio 2005-2006

M.R. Dozio, I. Villa

Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi, Lecco

Scopo. Il trattamento del dolore rappresenta un grave problema di salute pubblica mondiale. L'OMS raccomanda il trattamento tempestivo e efficace del dolore cronico severo (1). L'Osservatorio Nazionale impiego di Medicinali (OsMed) (2) ha svolto un'analisi sul consumo di analgesici in Italia per il periodo 2000-giugno 2005 evidenziando un netto incremento nell'utilizzo di fentanyl (+52%) rispetto al +13% della media europea, di tramadolo (+13%) sovrapponibile alla media europea, mentre l'utilizzo di morfina è ancora al di sotto della media europea (7% rispetto al 12%). L'uso di codeina+paracetamolo ha avuto un trend crescente negli ultimi anni assimilandosi e in alcuni casi superando l'uso di tramadolo (3). Partendo dalla conoscenza di questi dati abbiamo valutato l'andamento del consumo di analgesici e della relativa spesa sostenuta in RSA nel biennio 2005-2006.
Materiali e metodi. Sono stati raccolti i dati relativi al consumo di analgesici in RSA (350 posti letto) per il 2005 e 2006. I dati sono stati desunti dal sistema informatico del servizio di farmacia interna e dal conteggio degli stupefacenti ricavati dai registri di carico e scarico delle unità ope-

Principio attivo	Dosaggio (contenuto confezione)	Numero confezioni 2005	% consumo 2005 (confezioni)	Numero confezioni 2006	% consumo 2006 (confezioni)	Variazione % consumo 2005-2006	Variazione % spesa 2005-2006
Tachipirina	500 mg						
(20 buste)	301,5	31.43	360	26.85	-4.58	-6.76	
Ibuprofene	600 mg						
(30 buste)	137	14.27	142	10.59	-3.68	-10.26	
Diclofenac	50 mg						
(30 cpr)	35,7	3.72	38,56	2.88	-0.84	-2.7	
Ketorolac	30 mg						
(3 fiale)	55	5.73	30	2.24	-3.49	-2.29	
Codeina + Paracetamolo	30 + 500 mg (10 buste)	140	14.59	232	17.31	+2.72	-0.61
Tramadolo	100 mg/ml (30 ml)	31	3.23	174	12.97	+9.74	+8.44
Morfina Solfato	10 mg						
(16 cpr)	148,06	15.43	81	6.04	-9.39	-15.51	
Morfina Cloridrato	10 mg						
(5 fiale)	28	2.92	10	0.75	-2.17	-3.07	
Fentanyl	25 µg/h						
(3 TTS)	83,33	8.68	273	20.37	+11.69	+32.76	

rative (D.M. 3 agosto 2001). Alcuni principi attivi sono presenti in prontuario interno in diversa forma farmaceutica e pertanto è stato necessario eseguire equivalenze e trasformazioni mantenendo come riferimento le forme farmaceutiche di uso più comune. Per ogni farmaco è stata calcolata la spesa sostenuta prendendo come riferimento il costo medio annuo per singola confezione.

Risultati. Nel biennio 2005-2006 si è avuto un incremento del 28,4% del consumo totale di analgesici nella nostra RSA (da 959.59 a 1340.56 confezioni) con un aumento di spesa del 62% (da 3752.28 a 9879.93 euro rispettivamente).

Conclusione. Il progressivo aumento del consumo totale di farmaci analgesici nel biennio 2005-2006 nella nostra RSA potrebbe essere segnale di maggiore attenzione al tema del controllo del dolore oppure indice di un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche degli ospiti. L'andamento del consumo di analgesici evidenzia una riduzione nell'uso di farmaci del I gradino OMS con aumento di preparati di II step; per il III step ad un netto incremento di fentanyl si contrappone un crollo di utilizzo di morfina. Tali variazioni, in linea con quanto avviene in Europa (fatta eccezione per morfina), non sono giustificabili con il tentativo di contenere la spesa farmaceutica essendosi incrementato l'uso di farmaci più costosi a scapito di altri più economici. Un'attenta riflessione (secondo un disegno di studio già progettato) dovrebbe essere posta nel ricercare le ragioni di un uso privilegiato di farmaci più costosi e non necessariamente più efficaci, con formulazioni solo apparentemente più maneggevoli e dello scarso utilizzo di morfina.

Bibliografia

1. Achieving balance in national opioids control policy. Guidelines for assessment. WHO. Geneve 2000.
2. Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia: rapporto nazionale anno 2004. Roma: OsMed 2005.
3. Zuccaro P. L'utilizzo dei farmaci analgesici nella terapia del dolore. Rivista Italiana di Cure Palliative 2006;1:41-5.

Prevalenza dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza nella popolazione afferente al centro esperto del Policlinico S. Orsola-Malpighi

L. Ellena, F. Balestri, A. Reggiani, G. Savorani

U.O. Geriatria, U.O.S. Psicogeriatria, Centro Esperto Demenze, Dipartimento di Medicina Interna e dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione. La demenza è una condizione altamente invalidante, caratterizzata da un deterioramento della memoria e delle funzioni cognitive. I disturbi della cognitività si associano spesso a disturbi psichici definiti sintomi comportamentali e psicologici associati alla demenza *(Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia-BPSD)* che comprendono alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento e che rappresentano uno dei fattori di maggiore stress per il caregiver. I BPSD possono essere raggruppati in cinque clusters: aggressività, agitazione, apatia, depressione e sindrome psicotica (allucinazioni, deliri, falsi riconoscimenti).

Scopo. Analisi delle caratteristiche comportamentali dei pazienti afferenti al Centro Esperto demenze del Policlinico Ospedaliero-Universitario S. Orsola-Malpighi di Bologna durante il periodo maggio 2005- maggio 2007.

Materiale e metodi. Sono stati valutati 644 pazienti, dei quali 425 donne (66%, con età media 79.89 ± 6,67), e 219 uomini (età media di 78.43 ± 6,67). Per la valutazione dei disturbi cognitivi è stato utilizzato come metodo di screening il MMSE (1), corretto per età e scolarità (2). Per lo studio della prevalenza dei BPSD è stato utilizzato il Neuropsychiatric Inventory (3). È stato assunto come valore si-

gnificativo di presenza di disturbi clinicamente rilevanti lo score di 12/144 (frequenza max 4 x gravità max 3).
Risultati. La prevalenza dei disturbi comportamentali nella popolazione analizzata è risultata del 63,5%. I sintomi più frequentemente riscontrati sono: la depressione, presente in 144 pazienti (35.2%); agitazione/aggressività presente in 100 pazienti (24,4%); l'ansia presente in 55 pazienti (10.7%); l'irritabilità presente nel 10,7% dei pazienti; l'attività motoria aberrante presente nell'11,5% e le alterazioni del ritmo sonno-veglia nell'12%. Da rilevare inoltre la percentuale di cluster psicotici (deliri e allucinazioni) presenti nel 15,8% dei pazienti con BPSD, che presentano un MMSE con un valore medio di 16,6.
In una sottopopolazione di 119 pazienti, in cui è stata calcolata la gravità dell'NPI, i risultati mostrano un range = 4-94/144. 8 pazienti hanno uno score < 12/144, 70 pazienti (58,8%) hanno uno score compreso tra 12-23/144, 22 pazienti (18,5%) ottengono un risultato tra 24-35, 11 pazienti (9,2%) tra 36-47/144, i restanti 8 pazienti hanno un punteggio > 48/144.
Tra le strategie terapeutiche per il controllo dei BPSD, il trattamento farmacologico (alcuni pazienti usano un'associazione di due o più farmaci, da segnalare inoltre che in alcuni casi la terapia era già stata impostata da medici di base o altri specialisti) era rappresentato da: antipsicotici tipici 10,7% (nella quasi totalità dei casi il farmaco usato è aloperidolo, 87,2%), antipsicotici atipici 13,9% (di questi il 26,2% l'olanzapina, il 22,9% il risperidone e il 46,2% la quetiapina), le benzodiazepine 14,8% (le più utilizzate sono il lorazepam nel 38,5% e l'alprazolam nel 26,1%), gli SSRI nel 39,3% (in particolare la sertralina rappresenta il 53,5%), l'amisulpride nel 14,6% e il trazodone nel 13,2%.
Conclusioni. Dividendo la popolazione in classi, a seconda del punteggio ottenuto ai test cognitivi si è evidenziato come nei pazienti con MMSE conservato (24-30) prevalgano sintomi di tipo ansioso-depressivo; mentre nei pazienti con decadimento severo-moderato prevalgano sintomi psicotici e agitazione. Considerando il sottogruppo di 41 pazienti con NPI > 23/144 e cognitività moderata (mediana 15), tra i farmaci usati prevalgono nettamente i neurolettici (tipici, atipici e amisulpride): 75,6%. Questo dato, a nostro parere, si spiega con il fatto che in pazienti con disturbi comportamentali gravi, fortemente stressanti per il caregiver, si rende necessario il ricorso al trattamento farmacologico, anche per andare incontro alle esigenze dei famigliari e alleviarne il carico.

Bibliografia

1. Folstein MF, Folstein SE et al. "Mini Mental State" Journal of Psychiatry Research 1975;12:189-98.
2. Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M. Mini Mental State Examination: a normative study in italian elderly population. European Journal of Neurology 1996;3:1-5.
3. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopatology in dementia. Neurology 1994;44:2308-14.

Effetti dei principali farmaci sui BPSD in soggetti anziani ambulatoriali: risultati preliminari longitudinali del progetto ReGAL

S. Ercolani[1], M. Pace[1], E. Mariani[1], M. Caputo[2], F. Mangialasche[1], V. Cornacchiola[1], F.T. Feliziani[1], S. Leonardi[1], T. Raichi[1], I. Montecucco[1], U. Senin[1], P. Mecocci[1]
[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2] ASL 2 Torino

Scopo. I disturbi del comportamento (BPSD) sono molto diffusi tra i soggetti anziani dementi ed hanno un notevole impatto sulla qualità di vita del paziente e del caregiver e si associano a stress del caregiver ed aumento dell'istituzionalizzazione. Attualmente sono pochi i dati longitudinali in letteratura sul ruolo che i diversi farmaci (oltre agli antipsicotici) hanno sui BPSD. Scopo di questo studio è quello di individuare eventuali associazioni tra il peggioramento dei disturbi del comportamento e specifiche classi farmacologiche.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 721 soggetti, valutati in 19 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra il marzo 2001 e il luglio 2006 e rivalutati una seconda volta in follow up entro 12 mesi dalla prima valutazione. Ciascun paziente è stato valutato, sia in basale sia nel follow up, secondo un protocollo standardizzato. I disturbi del comportamento sono stati indagati mediante la Neuropsychiatric Inventory (NPI) a 12 item. Una variazione di +4 punti nel punteggio totale della frequenza e gravità del NPI è stato considerato come peggioramento dei disturbi del comportamento. Un'accurata anamnesi farmacologica è stata condotta sia in basale che nel successivo follow up. L'analisi dei farmaci è stata eseguita considerando le principali classi sulla base della classificazione internazionale ATC. Per alcune classi farmacologiche di particolare interesse si sono considerate anche sottoclassificazioni e per gli antipsicotici e gli anticolinesterasici sono state considerate anche le singole molecole.
Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 511 femmine e 210 maschi con un'età media di 78.4 ± 5.7 anni, scolarità 5.3 ± 3.6 anni, punteggio medio basale al MMSE 18.0 ± 5.2, CDR 1.6 ± 0.9, tempo medio di esordio della demenza 24.9 ± 20.5, punteggio medio basale al NPI 21.1 ± 15.9, ADL totale 4.6 ± 1.6, numero medio di farmaci 3.2 ± 1.9, numero medio di malattie esclusa la demenza 4.5 ± 2.7. Il 21.2% dei soggetti esaminati ha presentato un peggioramento nella frequenza e/o nella gravità dei disturbi del comportamento entro un anno dal baseline e la differenza media del punteggio al NPI è stata di -1.35 ± 12.43 (F -2.0 ± 13.4, M +0.3 ± 9.4, p = 0.021).
Verificando l'esposizione alle diverse classi farmaceutiche, i disturbi del comportamento entro 12 mesi risultano influenzati in positivo dagli antidepressivi-N06AX, come mirtazapina, reboxetina, trazodone e venlafaxina (p = 0.035), da farmaci per la demenza-N06D (p = 0.044), in particolare dalla rivastigmina-N06DA03 (p = 0.048). Le classi farmacologiche risultate associate ad un peggioramento entro 12 mesi dei BPSD sono i farmaci cardiologici-C01 (p = 0.014), i farmaci usati nel diabete-A10 (p = 0.023) ed il risperidone-N05AX08 (p = 0.034). Tali associazioni risultano statisticamente significative anche cor-

reggendo per alcuni potenziali confondenti come i fattori socio-demografici, la comorbilità, la polifarmacoterapia, la severità della demenza, fattori di rischio vascolare e il punteggio del NPI di partenza. Il ruolo negativo del risperidone può essere parzialmente spiegato dal punteggio iniziale del NPI, in quanto risultano significativamente trattati con l'antipsicotico soggetti con un NPI al baseline mediamente molto più alto (30.5 ± 20.3 versus 20.3 ± 15.4, $p < 0.001$).
Non risultano altre associazioni statisticamente significative tra le variazioni del punteggio del NPI e altri farmaci antipsicotici (sia considerati nel loro insieme che divisi per sottoclassi o nelle singole specialità).
Conclusioni. Nella nostra popolazione i disturbi del comportamento, valutati mediante frequenza e gravità alla Neuropsychiatric Inventory, non subiscono eccessive variazioni entro dodici mesi; tuttavia è possibile individuare alcuni farmaci che sembrano influenzare l'evoluzione dei BPSD nello stesso periodo. Ridurre al minimo l'utilizzo di questi farmaci, optando, ove possibile, per classi equivalenti, in questo tipologia di soggetti potrebbe comportare una riduzione del peggioramento dei disturbi del comportamento. In particolare i farmaci anticolinesterasici e alcuni antidepressivi sembrerebbero avere un ruolo positivo nel controllare in senso positivo la frequenza e/o la gravità della demenza.

Problemi dell'anziano con frattura del femore (FF): il Pronto Soccorso (PS) è adeguato?

M.C. Facchini[1], M. Foroni[2], C. Mussi[2]

Università di Modena e Reggio-Emilia e AUSL di Modena
[1] UO di Ortopedia, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense a Baggiovara di Modena (NOCSAE); [2] UO di Geriatria, NOCSAE

Scopo. In Italia le fratture di femore sono 80000 circa ogni anno: è evento che si verifica frequentemente nell'anziano. La gestione di questi pazienti è complessa tanto da richiedere attività assistenziali integrate (ortogeriatria). Analisi retrospettiva della casistica relativa alla UO di Ortopedia per verificare i percorsi diagnostico-terapeutici ospedalieri del malato geriatrico con frattura prossimale del femore. Particolare attenzione è stata rivolta alle tempistiche (dall'arrivo del paziente in PS al reparto di Ortopedia fino al trattamento chirurgico) con particolare attenzione al tempo di attesa per l'intervento chirurgico.
Materiali e metodi. Sono stati studiati retrospettivamente 271 soggetti (179 femmine, età media: 83,5 anni, e 92 maschi, età media 85 anni) afferiti alla UO di Ortopedia dal 1 settembre 2005 al 31 dicembre 2006 con diagnosi di frattura del femore prossimale.
Risultati. Il tempo medio intercorso dall'arrivo del paziente al PS al ricovero in clinica ortopedica dipende dal codice assegnato al paziente dall'infermiere triagista: a 134 pazienti (49,5%) è stato assegnato il codice verde che delinea uno stato di urgenza minore con 3 ore e 30 minuti di attesa, a 137 soggetti (50,5%) è stato attribuito il codice giallo che indica uno stato d'urgenza con necessità di intervento entro 10 minuti; il ritardo è stato di 3 ore. Il tempo intercorso dal ricovero in ortopedia all'intervento chirurgico è stato di 24 ore nel 58% dei casi, fino a 48 ore nel 33% e superiore alle 48 ore nel 9% dei pazienti; questo ritardo è stato imputabile a terapia domiciliare con anticoagulanti orali – 6% – o a complicanze di varia natura). Il rischio operatorio è elevato (grado III) nel 91% dei casi quando valutato con classificazione ASA (*American Association of Anaesthetists Score*). Mediamente la durata della degenza è di 13,5 giorni (range: 5-22 giorni) al termine dei quali nella maggior parte dei casi, il paziente viene trasferito in altri reparti dedicati alla riabilitazione; in particolare, il 15,0% viene trasferito in Riabilitazione Intensiva, il 17,0% in post acuzie, il 33,3% in riabilitazione intensiva extraospedaliera, il 21,0% in RSA, il 9,2% rientra alla struttura di provenienza e soltanto il 4,5% torna al proprio domicilio. Mancano dati sulle circostanze e modalità dell'evento che ha determinato la FF (caduta: codice ICD9-CM: E880, 886, 888) e sulle relative conseguenze (codici ICD9-CM: 800) così come sulla presenza di delirium.
Conclusione. Al PS il paziente anziano con FF nel 50% dei casi è considerato senza problemi urgenti. Il tempo di permanenza in PS ritarda il trattamento e contribuisce allo sviluppo di delirium. Per l'età geriatrica dovrebbero essere previste codifiche specifiche di triage in modo da evitare omissioni e ritardi: si dovrebbe tenere conto del fragile equilibrio di questi soggetti. La dimissione avviene dopo 13 giorni ed è prevalente verso la riabilitazione extraospedaliera e le RSA; molto ridotto è il numero dei rientri a domicilio. Complessivamente l'ortogeriatria, utilizzando la valutazione multidimensionale geriatrica, può concorrere a migliorare le procedure e i risultati integrando competenze diverse.

Il registro delle demenze dell'ASL della provincia di bergamo

S. Fascendini[1], R. Guaiana[2], L. De Ponti[2], S. Rocchi[2]

[1] Fondazione S. Maria Ausiliatrice ONLUS, Bergamo; [2] ASL Provincia di Bergamo

Perché un registro? "Le risposte organiche e strutturate devono, una volta tanto, anticipare la domanda, non rincorrerla faticosamente ed inutilmente." (Vecchi e Grandi Vecchi - ASL Bergamo, 2004).
Il rilievo epidemiologico dell'invecchiamento della popolazione, le accresciute possibilità terapeutiche, le sollecitazioni del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, delle Organizzazioni Sindacali Confederali e la pressione delle associazioni dei famigliari hanno stimolato l'ASL della Provincia di Bergamo a promuovere uno studio approfondito sulle demenze: un'indagine conoscitiva relativa alle persone affette da demenza presenti in provincia di Bergamo, con lo scopo di creare un Database che indicasse l'entità del fenomeno. A questo scopo in data 6 Ottobre 2005 si è costituito un Gruppo di Progetto, che definisse le procedure necessarie alla costituzione del database e le modalità di raccolta dei dati.
Hanno fatto parte del gruppo i responsabili delle UVA della provincia di Bergamo, coordinati da Lucia De Ponti, Responsabile ASL del progetto e Rosanna Guaiana dell'ASL di Bergamo.
Obiettivi del registro. Misurare l'incidenza e la prevalenza delle demenze e la loro distribuzione territoriale; *monitorare* l'evoluzione temporale della malattia, al fine di prevedere il possibile impatto sui servizi e sul territorio; seguire nel tempo i soggetti, sia nei contatti con le strutture, sia nel consumo di risorse socio-sanitarie; definire l'evolu-

zione dei profili diagnostico-terapeutici ed assistenziali nelle varie forme di demenza; descrivere i risultati dei trattamenti effettuati attraverso l'individuazione di alcune misure di outcome; creare una sottopopolazione di osservazione sulle persone affette da Malattia di Alzheimer.
Criteri di inclusione. la realizzazione del registro parte dal presupposto di includere ogni soggetto che abbia avuto, nella sua storia personale, un contatto con una struttura sanitaria o socio-sanitaria che abbia diagnosticato una demenza, indipendentemente dal motivo reale per cui vi si era rivolto. Nel registro sono stati quindi inclusi tutti i pazienti: con una diagnosi ICD-9 inclusa nella tabella inserita nelle procedure per la diagnosi di demenza, effettuata da una struttura ospedaliera, da un servizio specialistico (UVA) o dal medico di base; con età superiore ai 60 anni che hanno avuto nel corso dell'anno una delle seguenti prescrizioni di farmaci: aloperidolo, clorpromazina, olanzapina, risperidone, quetiapina; di qualsiasi età che hanno avuto nel corso dell'anno una delle seguenti prescrizioni di farmaci: rivastigmina, donepezil, galantamina, memantina; che hanno avuto un esenzione ticket codificata come 029 (malattia di Alzheimer) o 011 (altre demenze).
Tali regole di inclusione dei soggetti sono state sperimentate nel 2004 per costruire un primo archivio provinciale delle demenze: i risultati ottenuti dalla sperimentazione hanno permesso l'adozione di regole definitive e strumenti per l'implementazione del registro provinciale, tra cui la messa in rete e la condivisione da parte delle UVA di un unico archivio di gestione dei dati.
Primi dati riassuntivi. Alla data del 31/12/2006, 7312 soggetti, hanno avuto un contatto con una struttura sanitaria o socio sanitaria ed una diagnosi di demenza: i nuovi casi registrati sono stati 3150. Come ci si aspettava, la distribuzione prevalente dei casi è compresa nell'intervallo di età che va dai 70 agli 89 anni. La distribuzione percentuale dei soggetti per classe d'età e sesso mostra come nei maschi la patologia sia diagnosticata in modo prevalente fino ai 79 anni, mentre nelle donne venga diagnosticata nella fascia di età tra gli 80 e gli 89 anni. Se si prendono in considerazione il numero di casi prevalenti sulla popolazione ed i relativi rischi relativi, la dimensione femminile di tale fenomeno viene messa bene in evidenza.
I dati mettono inoltre in evidenza che la probabilità per un soggetto con diagnosi di demenza, di avere una copertura "formale", si attesta attorno al 18,6%; ciò significa che l'81,4% dei pazienti sarebbe a carico esclusivo della famiglia.
Conclusioni. dai dati presentati si evince che uno dei ruoli del registro è la sorveglianza attiva in Sanità Pubblica. In tale contesto un registro epidemiologico di popolazione potrebbe essere lo strumento fondamentale per un sistema organico di intervento con i seguenti obiettivi: diagnosi precoce delle patologie dementigene, miglioramento delle modalità di assistenza delle persone affette, promozione dell'educazione sanitaria delle famiglie dei pazienti, valutazione economico-sanitaria e programmazione in materia di demenze.
I nostri dati confermano la necessità di programmi di ricerca epidemiologica che forniscano maggiori informazioni sulla malattia dementigena e sui fattori di rischio, al fine di programmare interventi di politica sanitaria che prevedano obiettivi specifici per le diverse aree geografiche. Un ruolo chiave nella programmazione sanitaria dovrà avere anche lo spazio dedicato all'educazione e al sostegno delle famiglie dei soggetti malati, che sono così duramente colpite dalla patologia. L'analisi dei dati e lo studio dei fattori di rischio potrebbe portare alla formulazione di diagnosi precoci. Questo consentirebbe un utilizzo ottimale dei nodi della rete, con minor dispendio di risorse e migliore programmazione socio-sanitaria. In tutti questi processi il ruolo delle UVA si è rilevato fondamentale, sia come propulsori della volontà di costituire il Registro, sia come fornitori di risposte adeguate ai bisogni dei malati e delle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Trabucchi M. I vecchi, la città e la medicina. Bologna: Ed Il Mulino 2005.

Bianchetti, Geroldi, Trabucchi. La malattia di Alzheimer in Italia: qualità e costi dell'assistenza. Ed Scienze 1998.

Vecchi e Grandi Vecchi: bisogni, domanda, offerta. Pubblicazione dell'ASL di Bergamo a cura dell'Università di Bergamo 2004.

Le residenze Sanitario Assistenziali in provincia di Bergamo. Indicatori gestionali ed analisi della popolazione ricoverata. A cura del dipartimento per le Attività Socio Sanitarie Integrate dell'ASL di Bergamo 2005.

Ipertensione in RSA: quali sono i reali valori pressori nel paziente anziano istituzionalizzato?

A. Fedeli, S. Zanieri, L. Lambertucci, E. Lotti, S. Pecchioni, A. Ungar

Centro di Riferimento regionale della Toscana per l'Ipertensione Arteriosa dell'anziano. Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze ed Università di Firenze

Scopo. Nell'anziano residente in RSA pochi sono ad oggi gli studi sia sull'ipertensione rilevata alla misurazione clinica sia sull'utilizzo del monitoraggio pressorio delle 24 ore (ABPM) che riveste un ruolo importante sopratutto nel paziente anziano (sia per valutare l'eventuale presenza di disautonomia e di episodi ipotensivi che per impostare cambiamenti terapeutici). Sulla base di tali premesse scopo di questo studio è quello di valutare la prevalenza di ipertensione arteriosa alla rilevazione clinica e ambulatoriale, l'andamento dei valori pressori nelle 24 ore ed il trattamento antiipertensivo in una popolazione anziana residente in RSA.
Materiali e metodi. Lo studio include 96 soggetti ultrasessantacinquenni istituzionalizzati che sono stati sottoposti alla misurazione clinica della pressione arteriosa sistolica e diastolica (PAS e PAD) ed ad un monitoraggio pressorio nelle 24 ore, mediante l'impiego di una nuova tecnologia Web Based, che permette di inizializzare e leggere il monitoraggio pressorio a distanza, nel periodo compreso tra il maggio ed il settembre 2006. Tale popolazione risulta caratterizzata da un'età media di 84 anni (dai 65 ai 104 anni; DS ± 9) e da elevati indici di disabilità (Barthel Index: 37 ± 34) e di comorbilità (Charlson index: 5.4 ± 1.5) con elevata prevalenza di demenza (68,8%) e di ipertensione (51%).
Risultati. Il 63% dei pazienti assumeva almeno un farmaco antiipertensivo. Dall'analisi dei dati relativi al mo-

nitoraggio pressorio è emersa una marcata discordanza tra la misurazione clinica e la misurazione ambulatoriale. Infatti i normotesi o con pressione ben controllata se trattati sono il 50% della popolazione esaminata se si considera la PA clinica e la PA notturna, mentre sono rispettivamente il 68,8% e il 74% se si considera la PA nelle 24 ore e la PA diurna. La correlazione tra la PAS clinica e la PAS diurna risulta essere molto bassa (r = 0,23; p = 0,022). La concordanza è ancora minore se si considera la PAD (clinica *vs.* 24 ore: r = 0,13; p = ns). Una elevata percentuale di soggetti presenta un ritmo circadiano non conservato (39,6%) o addirittura invertito (34,4%), mentre solo il 26% dei pazienti risulta avere un ritmo circadiano conservato. Da segnalare inoltre un'elevata prevalenza di misurazioni consecutive caratterizzate da bruschi cali di pressione arteriosa sistolica (≥ 20 mmHg), indipendentemente dall'età, con una elevata prevalenza di tali episodi nel sottoperiodo notturno (65,6%), post-prandiale (57,3%) e prevalentemente in clinostatismo (80,2%).
Conclusioni. Questo studio ha permesso per la prima volta di studiare i principali aspetti metodologici dell'impiego del monitoraggio pressorio a distanza nel paziente anziano istituzionalizzato, mettendo in luce notevoli differenze tra la rilevazione della PA con la metodica classica e quella con il monitoraggio pressorio nel soggetto ultrasessantacinquenne residente in RSA. L'elevata incidenza di ipertensione notturna e l'elevata variabilità pressoria rendono questa popolazione del tutto peculiare e degna di studio e di futuri approfondimenti. Questi dati potrebbero essere estremamente utili per definire realmente la necessità e il tipo di trattamento antipertensivo nel paziente anziano in RSA, terapia ad oggi impiegata in modo del tutto empirico e arbitrario.

Ispessimento medio intimale e concentrazione plasmatica della vitamina C negli anziani

F.T. Feliziani, E. Mariani, M.C. Polidori [1], R. Cecchetti, M. Pace, T. Raichi, S. Leonardi, P. Mecocci

[1] Dipartimento di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, Perugia, Italia; [2] Institute of Physiological Chemistry I, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany

Scopo. L'eco-color doppler carotideo è una metodica utilizzata per misurare l'ispessimento medio-intimale (IMT). IMT è considerato un marker di aterosclerosi.
Molti studi hanno esplorato il ruolo delle vitamine antiossidanti presenti nel plasma nelle prime fasi dell'aterosclerosi; i risultati ottenuti sono però conflittuali.
Valutare la relazione tra concentrazione plasmatica della vitamina C e IMT.
Suggetti e metodi. 192 soggetti arruolati (65 uomini e 126 donne; età media 80 ± 4.08, range 70-96).
È stata raccolta un'anamnesi dettagliata dei pazienti arruolati, con particolare attenzioen a rguardo dei fattori di rischio vascolari. Sono state effettuate tre misurazione dell'ispessimento medio intimale della porzione distale della carotide comune destra e sinistra in ogni soggetto dai quali è stato calcolato il valore medio dell'ispessimento medio intimale.
Risultati. È stata riscontrata una correlazione inversa tra concentrazione plasmatica di vitamina C (range 18.2-81.9 μM) e IMTcc (range 0.7-2.0 mm) (r = -0.8 p < 0.0001). I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi in relazione al valore di IMTcc: gruppo A (n. 101) con IMTcc < 1.2 mm, e gruppo B (n. 91) con IMTcc > 1.2 mm. Non sono presenti differenze significative per le caratteristiche demografiche e i fattori di rischio vascolari ma il gruppo A presenta un valore di vitamina C (44.18 ± 14.32 μM) più elevato rispetto al gruppo B (29.23 ± 6.13 μM) (p < 0.001). Dividendo la concentrazione plasmatica della vitamina C in terzili e impostando una regressione logistica con i gruppi di IMT impostati come variabile dipendente, aggiustando per età, sesso e tutti i fattori di rischio vascolari, è stata osservata una associazione significativa tra I valori più qlti di vitamina C e più bassi di IMT (OR 11.0 95% CI: 8.8-72.3 per il 2° terzile, and OR 25.2 95% CI: 4.1-29.6 per il 3° terzile, *versus* 1° terzile come categoria di riferimento).
Conclusioni. Il risultato di questo studio evidenza come i soggetti con una più alta concentrazione plasmatica di vitamina C hanno un rischio ridotto di aterosclerosi carotidea, un fattore di rischio per le patologie cerebrovascolari.

Correlazione tra demenza e depressione. Studio su 60 pazienti ambulatoriali

A. Ferlisi, S. Largueche, A. Di Prima, G. Belvedere, M. Ferlisi, A. Lo Bue, G. Fodale , A. Giunta, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Palermo

Il deficit cognitivo si accompagna ad una sindrome clinica caratterizzata da un depauperamento delle capacità cognitive e intellettive del soggetto, tale da poterne menomare il funzionamento sociale o occupazionale. Il processo ha solitamente un decorso progressivo, raramente è stazionario o reversibile. Il decadimento inizia generalmente a carico della memoria e coinvolge nel suo decorso le facoltà intellettive e gli altri processi di pensiero. Il deficit cognitivo lieve viene definito come uno stato intermedio tra l'invecchiamento normale e la demenza. L'approccio al paziente anziano con sospetto deficit cognitivo deve essere multidimensionale in quanto il percorso diagnostico è molto articolato e deve basarsi non solo su una attenta valutazione dei deficit cognitivi e sulle ripercussioni che queste hanno sull'autosufficienza del paziente, ma anche sull'esclusione di cause secondarie del deficit cognitivo. In questo ambito, la valutazione clinica e gli esami di laboratorio sono degli ottimi mezzi di supporto nell'orientamento verso la diagnosi di Morbo di Alzheimer. In particolare le indagini strumentali morfologiche possono confermare la presenza di una causa intracranica responsabile dei deficit cognitivi. **Lo scopo** del nostro studio consiste nel dimostrare la correlazione tra deficit cognitivo e depressione. Nel caso dell'anziano è irrilevante definire se prevalga la patologia mentale o quella fisica. Infatti, malattie somatiche frequenti nell'età avanzata possono esordire con sintomi depressivi oppure esserne accompagnate. La salute mentale dell'anziano deve essere oggi un obiettivo clinico e sociale prioritario. Sintomi ansiosi e depressivi possono precedere o accompagnare Alzheimer, Parkinson, ictus; frequente è la depressione mascherata, che è una forma di depressione caratterizzata dalla focalizzazione del paziente su disturbi somatici. Ma, in generale, il disagio psico-affettivo influisce su tutti gli eventi patologici in età avanzata complicando la gestione del pa-

ziente. A questo tipo di sofferenza si cerca di rispondere con un un approccio nuovo, che integra diverse competenze specialistiche: geriatriche neurologiche, psichiatriche e psicologiche.
Materiali e metodi. Sono stati studiati sessanta soggetti, ventidue maschi e trentotto femmine, con età media settantatrè anni; pazienti seguiti nell'anno 2006 presso la nostra Unità di Valutazione della Malattia di Alzheimer (UVA); il principale motivo della visita medica era il *deficit di memoria*; ad alcuni di essi è stata fatta una diagnosi di *deficit cognitivo senza depressione*, ad altri una *diagnosi di depressione senza deficit cognitivo*, ad altri ancora una *diagnosi di depressione con deficit cognitivo associato*, al termine di un percorso diagnostico che ha compreso: anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima, farmacologica); esame obiettivo generale e neurologico; esami ematochimici (emocromo, assetto lipidico, azotemia, creatinina, elettroliti sierici, transaminasi, bilirubina totale, glicemia, albumina, ormoni tiroidei, vitamina B12, acido folico, sierologia per lue); TC encefalo-basale; valutazione neuropsicologica, con somministrazione di test sia di primo livello quali: MMSE, GDS, ADL, IADL, sia di secondo livello quali: 15 parole di REY, fluidità verbale per categorie e per lettere, Token test, matrici attenzionali, racconto di Babkock, test dell'orologio.
Risultati. I risultati sono descritti nella Tabella 1.

	Sindrome depressiva	Assenza di sindrome depressiva
Deficit cognitivo	38	10
Assenza di deficit cognitivo	10	2

Conclusioni. Può succedere invece che nell'anziano la depressione venga misconosciuta e interpretata come un dato "normale" dell'invecchiamento.La depressione dell'anziano dunque, non diagnosticata e non trattata, è motivo di una inutile sofferenza per la famiglia e per l'individuo, che potrebbe invece godere di un'esistenza produttiva. Alcuni sintomi possono essere poi decodificati come effetti collaterali di farmaci che l'anziano sta assumendo per qualche problema di ordine fisico, oppure come prodotto di qualche malattia concomitante. La correlazione tra depressione e demenza non ha quindi per il momento una risposta conclusiva anche se è possibile tracciare un qualche punto di contatto. L'interdigitazione dei sistemi e i dati disponibili suggeriscono comunque di valutare in modo aperto l'espressione sia di sintomi cognitivi che depressivi, rinunciando a un'eccessiva categorizzazione e ammettendo la possibilità che la correzione degli uni e degli altri possa vedere anche aree di sovrapposizione reciproca e di sinergie tra farmaci antidepressivi e farmaci antidemenza.

Parkinson e demenza: valutazione comparativa tra indici neuropsicologici e neuroradiologici

M. Ferlisi, A. Lo Bue, A. Di Prima, G. Belvedere, C. Aglialoro, G. Bellavia, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Scopo. Tra i soggetti affetti da Malattia di Parkinson alcuni sviluppano negli anni disturbi cognitivi.Il nostro studio si propone di valutare tramite tc basale, la validità di indici lineari di atrofia frontale e temporale mesiale nella diagnosi precoce e differenziale di demenza in pazienti con malattia di Parkinson (MP).
Materiali e metodi. Sono stati raccolti i dati demografici, clinici, neuropsicologici e neuroradiologici lineari di 14 pazienti affetti da MP con deterioramento cognitivo (CDR = 0), di 10 pazienti affetti da MP idiopatica senza deterioramento cognitivo e di 10 controlli sani. I gruppi di studio sono risultati sovrapponibili per le principali caratteristiche clinico-demografiche.
Risultati. Il livello cognitivo e funzionale dei parkinsoniani dementi è apparso significativamente peggiore rispetto a quello sia dei parkinsoniani non dementi che dei controlli. I MP dementi si presentavano significativamente più atrofici, a livello ippocampale, rispetto sia agli MP non dementi che ai controlli, e mostravano una tendenza verso una maggiore atrofia anche per lo spessore temporale mesiale e per l'indice bifrontale. L'analisi multivariata, condotta sull'insieme dei parkinsoniani ha identificato come indici neuropsicologici e neuroradiologici maggiormente predittivi di demenza rispettivamente la memoria di prosa e la fluenza per categorie e atrofia temporo frontale mesiale. Prendendo in considerazione globalmente gli indici neuropsicologici e neuroradiologici, per categorie sono risultati essere gli indici con il maggior potere discriminativi questi raggiungendo una accuratezza complessiva del 92% (numero di soggetti correttamente classificati: 22 /24).
Conclusioni. Tali dati permettono di concludere che alcuni indici neuroradiologici di atrofia frontale e temporale mesiale possiedono una discreta capacità discriminativa e possono agire sinergicamente con gli indici neuropsicologici nella fase di definizione diagnostica del deterioramento cognitivo associato alla malattia di Parkinson.

Bibliografia

A.P.A. Practice Guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. Am J Psychiatry 1997;154:1-39.

Balestrieri M. Espressioni della depressione nella malattia di Alzheimer.

Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2000;9:126-39.

Chen P, Ganguli M, Mulsant BH, DeKosky ST. The temporal relationship

between depressive symptoms and dementia. A community-based prospective study.

Archives of General Psychiatry 1999;56:261-6.

Cheston R. Psychoterapeutic work with people with dementia: a review of the literature. British Journal of Medical Psychology 1998;71:211-31.

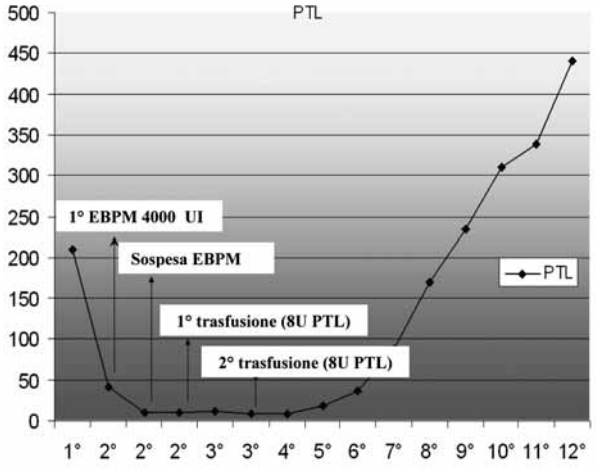
Devanand DP, Sano M, Tang M-X, Taylor S, Gurland BJ, Wilder D et al. Depressed mood and the incidence of Alzheimer disease in the elderly living in the community. Archives of General Psychiatry 1996;53:175-182.

Programma aterostop: ambulatorio per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Bilancio di un anno di attività

D. Ferrari, G. Battaglia

Medicina dell'Invecchiamento, S.O. Soriano Calabro, A.S.P. Vibo Valentia

Premessa e scopo dello studio. Da quando è stato istituito l'ambulatorio per la cura delle dislipidemie, ci siamo prefissi lo scopo di valutare e trattare i pazienti con fattori di rischio, primo fra tutti le dislipidemie, in prevenzione primaria e secondaria.
Materiali e metodi. In un anno sono stati sottoposti a valutazione 127 pazienti di cui 67 F e 60 M, con una età media di 54 ± 13.01 aa (il 21,26% era rappresentato da soggetti con ≥ 65 aa). Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione del BMI, PAS e PAD, Col. Tot., HDL, LDL, TG, glicemia. Il 35.43% della popolazione studiata era affetto da IPP; il 40.16% da ipercolesterolemia familiare eterozigote; il 7.87% da ipertrigliceridemia; il 14.17% da dislipidemia mista. Il 35.43% dei soggetti era obeso; il 43.31% era iperteso; il 9.45% era affetto da diabete mellito (un solo soggetto era giovane; l'età media del campione era di 59 ± 12.54 aa.); l'11% della popolazione generale era affetta da S. Metabolica (di cui il 12% dei M e il 10% delle F).
Conclusioni. I risultati dimostrano l'importanza della prevenzione nei soggetti portatori di rischio al fine di evitare l'insorgenza del danno d'organo. Il programma ATEROSTOP, varato in Calabria su iniziativa della Cattedra di Medicina Interna dell'Università Magna Græcia e approvato dal Ministero della Salute, attraverso gli ambulatori periferici, consente di effettuare una prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari, coerente alle evidenze scientifiche. Inoltre, la discreta percentuale di soggetti con ≥ 65 aa (21,26%) ci conduce a rendere operativi, anche su soggetti anziani e molto anziani tutti quei presidi di prevenzione primaria e secondaria per il trattamento delle dislipidemie che notoriamente sono applicati sui soggetti giovani-adulti.



Un caso di piastrinopenia iatrogena in una paziente anziana

E. Ferrari, M. Foroni, G. Salvioli

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. La piastrinopenia indotta da eparina (Heparin Induced Thrombocytopenia o HIT) è un effetto avverso ad eziopatogenesi immuno-mediata (produzione di anticorpi IgG verso il complesso eparina-PF4 Platelet Factor, inibitore naturale dell'eparina), caratterizzata da piastrinopenia severa spesso associata a tromboembolismo artero-venoso. Solitamente è l'eparina non frazionata a provocarla, ma nel 2% dei casi può verificarsi anche con eparine a basso peso molecolare (EBPM) in pazienti precedentemente sensibilizzati all'eparina. Di seguito riportiamo un caso clinico di HIT.
MB, donna di 85 anni con ipertensione arteriosa, encefalopatia multi-infartuale, BPCO con alveolite interstiziale in terapia corticosteroidea ed ossigenoterapia domiciliare, epilessia. La comparsa di febbre e dispnea ingravescente ne determina il ricovero. Obiettivamente: rumori secchi all'ascoltazione del polmone, facies corticosteroidea e petecchie in sede tibiale e sul dorso. All'ingresso c'è lieve leucocitosi ed aumento del D-Dimero. Non sono presenti lesioni pleuro-parenchimali alla radiografia del torace che evidenzia ispessimento della trama peribroncovascolare La terapia si basa su EBPM, cortisonici, antibiotici e diuretici endovena e carbamazepina. In seconda giornata c'è drastica riduzione delle piastrine (PTL), motivo per cui si sospende immediatamente l'EBPM e si trasfondono 8 U di PTL. In quarta giornata si trasfondono altre 8 U di PTL. Si ricercano gli anticorpi anti-PF4 (negativi) e gli anticorpi anti PTL (negativi), Ab anti HCV (negativo), Ab anti CMV, Ab anti Parvovirus B19, Ab anti Adenovirus, Ab anti VRS (positività per IgG) e si continua terapia con cortisone 1 mg/kg/die (60 mg/die); il mieloaspirato mostra un quadro di iperconsumo periferico. All'indagine vascolare con doppler non sono comparsi segni di trombosi venosa profonda;. nei giorni successivi la conta piastrinica è progressivamente aumentata sino a raggiungere valori normali (vedi figura).
Conclusioni. Il quadro clinico, laboratoristico e strumentale propongono la diagnosi di piastrinopenia indotta da eparina a basso peso molecolare, nonostante il rilievo di Ab anti PF4 negativi. Tali anticorpi, infatti, in un certo numero di soggetti possono non essere presenti, in quanto, per innescare una risposta anticorpale, il paziente deve ricevere eparina per un certo periodo durante il quale sono circolanti, piastrine attivate rilascianti PF4.

Consumo di alcool e mortalità in pazienti anziani che vivono a casa

M. Ferri, R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, A. Ricci, A. Morandi, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Premessa. Un consumo moderato di alcool presenta un effetto protettivo sul sistema cardiovascolare, fenomeno noto come "French Paradox", già descritto nel 1819 da Samuel Black. Pochi dati in letteratura descrivono l'effetto dell'alcool sulla prognosi a lungo termine nei pazienti anziani. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare, in una popolazione di 1201 anziani di età compresa tra 70-75 anni residenti al domicilio, la relazione tra consumo di alcool e prognosi.
Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato nel comune di Brescia, somministrando un questionario, tramite personale qualificato e valutando i dati demografici, sociali, mentali, stato funzionale, malattie croniche e stato di salute. Il consumo di alcool è stato valutato, con domande specifiche, in grammi. Gli anziani sono stati quindi suddivisi in 3 gruppi: astemi (n = 307), moderati consumatori di alcool (n = 697) ed elevati consumatori (n = 197), definendo come moderato un consumo di alcol < 60 gr/die nei maschi e 40 gr/die nella femmine e come elevato un consumo > 60 e 40 gr/die rispettivamente. La sopravvivenza è stata valutata a 12 anni. Al follow-up sono stati persi 50 soggetti
Risultati. Le caratteristiche cliniche e psicosociali erano migliori nel gruppo con consumo moderato di alcool rispetto agli astemi; in particolare presentavano un migliore tono dell'umore (adjusted Beck Depression Inventory Scale) ed una funzione cognitiva più elevata (MSQ); inoltre erano meno disabili (IADL and BADL), con minore comorbilità, un più elevato livello d'istruzione e in larga misura vivevano soli.
I soggetti con elevato consumo di alcool erano prevalentemente maschi, coniugati o vivevano con altri; erano, inoltre, più disabili, depressi, con elevata comorbilità e maggiore consumo di farmaci, ma anche più poveri. Al follow-up la sopravvivenza era significativamente più elevata nel gruppo a moderato consumo di alcol rispetto agli astemi e a quelli ad elevato consumo di alcool (56 *vs.* 44 *vs.* 39% rispettivamente). Dopo correzione per i fattori confondenti (sesso maschile, reddito basso, disabilità, demenza, depressione e comorbilità), il consumo moderato di alcool era protettivo; mentre gli astemi, usati come gruppo di controllo e quelli ad elevato consumo di alcool (RR 0.7, 95% CI 0.6-0.9 e RR 0.9, 95% CI 0.7-1.2 rispettivamente) erano indipendentemente associati alla mortalità.
Conclusioni. I dati suggeriscono che i soggetti con moderato consumo di alcool presentano un buon stato di salute. L'elevata percentuale di persone che vivono da soli conferma questa ipotesi, perché solamente chi è sano non necessita di supporto domiciliare. È possibile quindi ipotizzare che i moderati consumatori di alcool, caratterizzati da buona condizione fisica e mentale, aperti ai rapporti sociali e capaci di esercitare il controllo sulla propria vita, hanno una più elevata spettanza di vita. La popolazione con alto consumo di alcool presenta invece una mortalità più elevata, probabilmente dovuta ai ben noti fattori di rischio legati all'età (soggetti maschi e poveri), nonostante la bassa incidenza di depressione e un elevato controllo familiare.

Effetti di uno specifico programma di esercizio fisico su equilibrio e capacità di coordinazione in soggetti anziani

A. Ferrini, M. Tosato, S. Aquila, P. D'Amore, C. Serra, R. Bernabei, A. Sgadari

Centro Fitness, Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo. Il mantenimento dell'equilibrio è un processo multifattoriale che richiede l'integrazione delle informazioni provenienti da tre diversi sistemi sensoriali (somatosensoriale, visivo, vestibolare) e l'elaborazione di queste informazioni a livello del sistema nervoso centrale. Le modificazioni parafisiologiche dei vari organi e apparati e la pluripatologia spesso presente nell'anziano agiscono in sinergismo, aumentando il rischio di cadute (1). Le cadute rappresentano una fonte importante di morbilità e mortalità nell'anziano. Esistono dati contrastanti in letteratura sull'efficacia di un regolare e specifico programma di allenamento nel ridurre l'instabilità posturale (2 3). Una metanalisi di sette trials clinici (FICSIT) suggerisce che i programmi di allenamento fisico specifici per l'equilibrio risultano più efficaci rispetto a generici programmi di riattivazione motoria nel ridurre il rischio di cadute. Il presente trial, controllato e randomizzato, è stato intrapreso con l'obiettivo di valutare l'efficacia di uno specifico programma di allenamento fisico nel migliorare la stabilità posturale e la capacità di coordinazione motoria in un campione di soggetti anziani che vivono in comunità.
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su un campione iniziale di 26 soggetti, selezionati dalla popolazione di individui che frequentavano il Centro Fitness del Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Erano esclusi dalla partecipazione allo studio i soggetti di età < 60 anni e coloro i quali erano affetti da patologie tali da controindicare l'esercizio fisico, da disordini che influiscono negativamente sulla capacità di coordinazione motoria e sull'equilibrio, con grave difetto visivo o deterioramento cognitivo (MMSE < 21). La valutazione della capacità di controllo posturale è stata eseguita mediante test eseguiti su pedana propriocettiva Libra® e la valutazione dell'equilibrio mediante stabilometria dinamica computerizzata (Equitest System). I partecipanti venivano casualmente assegnati a uno di due gruppi, trattati e controlli. I trattati si sottoponevano a due sedute settimanali di ginnastica calistenica, con esercizi a corpo libero primariamente orientati a sviluppare le capacità ritmiche, coordinative e di equilibrio, integrati da una serie di esercizi svolti sulla pedana propriocettiva Libra®. I controlli, invece, partecipavano a classi di ginnastica "dolce" tradizionale e non utilizzavano la pedana propriocettiva. La durata del periodo di allenamento era di 12 settimane in entrambi i gruppi.
Risultati. L'età media dei partecipanti era pari a 68.6 ± 4.7 e non differiva significativamente tra i due gruppi (età media gruppo A = 68.1 ± 3.8, età media gruppo B = 69.2 ± 5.8, p = 0.63). Il gruppo dei trattati era totalmente costi-

tuito da soggetti di sesso femminile, mentre il gruppo dei controlli era costituito per l'80% da donne e per il 20% da uomini. Al baseline i due gruppi erano simili rispetto ai parametri che misurano il controllo posturale, alle caratteristiche antropometriche, al numero di farmaci assunti e di problemi medici attivi. Sia i test svolti mediante Libra® che quelli eseguiti con stabilometria dinamica computerizzata dimostravano che, al termine del programma di allenamento fisico, i trattati miglioravano significativamente la propria capacità di controllo posturale, mentre nei controlli, pur osservandosi un miglioramento, questo non raggiungeva il livello di significatività statistica. Inoltre il miglioramento era tanto più marcato, in termini assoluti, quanto peggiore era la performance ai test di equilibrio al baseline.

Conclusione. I risultati del presente studio dimostrano che un programma di allenamento fisico specifico riduce l'instabilità posturale e migliora la capacità di coordinazione motoria in soggetti anziani che vivono in comunità rispetto ad un generico programma di riattivazione motoria globale ("ginnastica dolce"). I dati suggeriscono, inoltre, che coloro i quali presentano maggiori difficoltà di equilibrio, e quindi sono a più alto rischio di cadute, traggono il beneficio più consistente in termini di miglioramento della stabilità posturale.

BIBLIOGRAFIA

1. Fabris F et al. Geriatria. Casa Editrice Scientifica Internazionale.
2. MH Hu, Woollacott MH. Multisensory training of standing balance in older adults: Postural stability and one-leg stance balance. J Gerontol Med Sci 1994;49:M52-M61.
3. Lord SR, Ward JA, Williams P, Strudwick M. The effect of a 12-month exercise trial on balance, strength, and falls in older women: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 1995;43:1198-1206.

Iponatremia nell'anziano ospedalizzato

A. Filippi, A. Baule, D.A. Santeufemia, G. Delitala, R. Tedde, P.A. Tomasi[1]

Clinica Medica Generale, Università di Sassari, Sassari; [1] European Medicines Agency (EMEA), 7 Westferry Circus, London E14 4HB

Introduzione e scopo del lavoro. Le iponatremie sono il più frequente disturbo elettrolitico, con una prevalenza riportata in letteratura di circa il 2-5% dei pazienti ricoverati. La prevalenza di iponatremia, soprattutto se grave, aumenta nei pazienti anziani (Hawkins, Clin Chim Acta 2003). La somministrazione di fluidi poveri di sodio può rappresentare una frequente concausa nella patogenesi dell'iponatremia.

Metodi. In una coorte di 265 pazienti ultrasessantacinquenni, ricoverati consecutivamente nel nostro reparto nel corso di 6 mesi, abbiamo valutato: a) la prevalenza dell'iponatremia, già presente al momento del ricovero oppure insorta successivamente; b) la percentuale di questi pazienti in cui l'iponatremia è stata riportata tra le diagnosi di dimissione e l'impatto economico-assistenziale di questa condizione e della sua eventuale mancata inclusione nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO); c) il possibile ruolo della terapia infusionale come concausa dell'iponatremia; d) le patologie associate. È stato identificato un sottogruppo di 45 pazienti (gruppo B) con un decremento persistente della natremia durante un periodo di osservazione nel corso del ricovero, nei quali è stato analizzato il bilancio idrosalino in dettaglio.

Risultati. Su 265 pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati, 2 pazienti sono stati esclusi per mancanza della cartella o di almeno una determinazione del sodio. Su 263, 88 pazienti (33.4%) avevano almeno una determinazione di sodiemia pari o inferiore a 135 mmol/L, 34 (12.9%) ne avevano almeno una pari o inferiore a 130 mmol/L, e 10 (3.8%) pari o inferiore a 125 mmol/L. Nei pazienti con iponatremia lieve (131-135), poco più della metà (30/54, 55.5%) la presentavano al momento del ricovero, mentre nei rimanenti si è sviluppata dopo il ricovero. La prevalenza dell'iponatremia già al momento del ricovero era invece dell'83% (20/24) nei pazienti con iponatremia moderata (almeno un valore tra 126 e 130), e del 90% (9/10) in quelli con iponatremia grave (almeno un valore ≤ 125). La gravità dell'iponatremia non ha influenzato la durata media del ricovero in maniera significativa (12.6, 16.2 e 14.5 giorni nelle iponatremie lievi, moderate e gravi), mentre il sesso femminile è risultato associato a maggior durata media (16.4 rispetto a 11.4 giorni, $p = 0.02$). La gravità dell'iponatremia non differiva significativamente nei due gruppi di pazienti ($p = 0.60$). Nel gruppo B, il calo medio di sodio nel periodo di osservazione (durata media: 7.82 ± 4.1 giorni) era di 7.04 ± 4.1 mmol/L, con un calo medio giornaliero di 1.35 ± 1.2 mmol/L. In questi pazienti, durante il periodo di osservazione sono stati somministrati mediamente 1029 ± 1043 mL di liquidi al giorno, contenenti 93.3 ± 101mmol di Na+; pertanto, vi era un deficit totale medio di sodio di 455 ± 765 mmol per litro di soluti somministrati, con un deficit giornaliero medio di 66 ± 95 mmol per litro di soluti; in altre parole, nel periodo medio di osservazione sono stati somministrati mediamente 2936 ± 4938 (SD) mL totali di acqua libera (priva di sodio). Utilizzando la formula di Adroguè (Adroguè e Madias, NEJM 342:1581-9, 2000), che non tiene conto del compenso renale ed extrarenale, il calo medio atteso di natremia per 2930 mL di acqua libera è di 12 mmol/L in acuto, comparabile con il valore medio osservato di 7.04 mmol/L. Il calo della sodiemia era altamente correlato con la quantità di liquidi totali somministrati ($p < 0.01$) e significativamente correlato con la quantità di acqua libera assunta ($p < 0.05$). Il quantitativo totale di sodio somministrato non aveva invece influenza sul calo della sodiemia ($p = 0.76$). Nel gruppo B, 14/45 pazienti avevano una diagnosi di ingresso di nausea, vomito, diarrea o disidratazione/ipovolemia, contro 9/44 del gruppo A (p = NS). I due gruppi non differivano per la presenza o meno di febbre. La sindrome da inappropriata secrezione di ADH è stata diagnosticata in una sola paziente. Sul totale di 88 pazienti con iponatremia, in solo tre casi la diagnosi di iponatremia era riportata nella SDO (codice ICD9-CM: *276.1 Ipoosmolalità e/o iponatremia*). Su un campione di 7 pazienti, l'aumento medio dell'importo del DRG causato dall'inserimento della diagnosi di iponatremia è stato determinato in euro 2243; pertanto, la non inclusione della diagnosi in 85 pazienti in età geriatrica rappresenta per il nostro Reparto una mancata attribuzione di valore DRG stimabile annualmente fra 50.000 e 70.000 euro.

Conclusioni. Nella popolazione geriatrica da noi studiata, le iponatremie moderate o gravi sono in genere già presenti al momento del ricovero; invece, quasi la metà di quelle lievi compare durante il ricovero, e si associa spesso alla somministrazione endovenosa di notevoli quantitativi di acqua libera (principalmente sotto forma di soluzioni glucosate, soluzioni elettrolitiche reidratanti a basso contenuto di sodio, o nutrizione parenterale). Sebbene la SIADH vera e propria sia stata diagnosticata in un solo caso, è presumibile che altre cause di mancata soppressione dell'ADH giochino un ruolo nella fisiopatologia di molte di queste iponatremie iatrogene, per esempio per la presenza di noti fattori di stimolo dell'ADH, quali nausea e vomito (frequenti nella nostra casistica), stress, dolore, ipovolemia, farmaci, e patologie polmonari. Infine, tenuto conto delle differenze causate dalla durata del nostro periodo di osservazione (mediamente 8 gg.), si conferma l'utilità clinica pratica della formula di Adroguè, pur considerando la sovrastima dell'effetto dovuta alla mancata correzione per il compenso renale ed extrarenale.
La prevalenza di iponatremia (un terzo) è elevata nei nostri pazienti geriatrici in ambito internistico, superiore a quella riportata in letteratura per degenti non selezionati, ed è simile a quella già descritta in anziani istituzionalizzati (Chen et al., J Chin Med Assoc 2006). I nostri dati sono in accordo con quanto rilevato nel maggior database riportato in letteratura su pazienti ospedalizzati (Hawkins, cit.). L'iponatremia grave è tuttavia assai meno prevalente di quelle lievi o moderate. La mancata inclusione del codice relativo all'iponatremia fra le diagnosi secondarie (o primaria) del paziente porta a considerevoli riduzioni del valore dei DRG attribuiti al Reparto, pari allo stipendio di una unità infermieristica.

Iperparatiroidismo secondario in una popolazione anziana ospedalizzata: rilievi clinici

M.E. Finelli, G. Salvioli, C. Mussi

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. Scopo del nostro studio è valutare la prevalenza di iperparatiroidismo secondario in un campione di pazienti anziani ospedalizzati e le caratteristiche cliniche dei soggetti con paratormone intatto plasmatico (iPTH) più elevato.
Materiali e metodi. In 98 pazienti consecutivamente ricoverati presso l'U.O. di Geriatria di Modena (età media: 84.8 ± 7.1 anni, 55,8% femmine), sono state determinate le concentrazioni plasmatiche di iPTH, vitamina 25(OH)D3 (vitD3), calcio (Ca) e fosforo (P), oltre ai parametri bioumorali di routine, la clearance della creatinina (ClCr) e i dati antropometrici. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, in base alle concentrazioni di iPTH: < 90 pg/ml (N = 34), > 90 pg/ml (N = 64). Per ogni paziente è stata raccolta l'anamnesi patologica remota, prossima e farmacologica.
Risultati. Nel 65,3% del campione sono stati riscontrati valori di iPTH superiori alla norma: in questi soggetti gli indici di disidratazione e di insufficienza renale sono più elevati (urea: 61.2 ± 37.2 *vs.* 46.9 ± 27.8 mg/dl, p = 0,034; creatinina 1.4 ± 0.5 *vs.* 1.1 ± 0.4 mg/dl, p = 0,014**;** acido urico: 6.4 ± 2.1 *vs.* 4.9 ± 1.9 mg/dl, p < 0,001). Nonostante le concentrazioni di vitD3 siano significativamente più basse nei pazienti con alto iPTH (11.5 ± 8.1 *vs.* 16.7 ± 14.2 ng/ml, p = 0,023), che esista una correlazione negativa tra concentrazioni di iPTH e vitD3 (R = -0,242, p = 0,016), e che la prevalenza di soggetti con vitD3 inferiore a 12 ng/ml sia più elevata (73,4% *vs.* 47,1%, p = 0,009), solo l'1,6% di questi soggetti assume integratori di Ca e vitD3. Tra i pazienti con iPTH elevato il 13,3% ha un'anamnesi positiva per osteoporosi, ma solo il 6,3% di essi assume difosfonati o altre terapie attive sul metabolismo osseo. L'assunzione di diuretici dell'ansa è più elevata nei pazienti con elevato iPTH (50.0% *vs.* 17.6%, p = 0,001). All'analisi multivariata basse concentrazioni di vitD3 (p = 0.016), elevati valori di acido urico (p = 0,022), l'uso di diuretici dell'ansa (p = 0,032) e di ace-inibitori (p = 0,042) sono risultati fattori indipendentemente correlati ad elevati valori di iPTH.
Conclusioni. Nei soggetti anziani ricoverati valori di iPTH significativi per iperparatiroidismo secondario sono presenti in più del 65% dei casi, mentre una condizione di ipovitaminosi D ricorre in più del 50% dei pazienti. Esiste una forte relazione tra elevato iPTH, bassi valori di vitamina D3 e indici di disidratazione, una condizione che potrebbe facilmente essere prevenuta, non solo in ambito ospedaliero. Alcuni farmaci di largo uso nell'anziano e in grado di peggiorare la funzionalità renale e la disidratazione (ace-inibitori, diuretici dell'ansa) sono un fattore predittivo indipendente di iperparatiroidismo secondario. Come mostrano i nostri risultati, questi pazienti assumono quote francamente inadeguate di farmaci attivi sul metabolismo osseo (difosfonati, integratoti di calcio e vitamina D3), nonostante molti di essi siano affetti da osteoporosi. Una maggiore attenzione a questo problema consentirebbe di prevenire condizioni come le fratture dell'osso e le patologie del muscolo, che portano il paziente anziano alla perdita dell'autosufficienza.

L'esercizio fisico in donne anziane: variazioni della composizione corporea in rapporto al polimorfismo della Metalloproteasi-1

N. Fiotti [2], E. Deiuri [1 3], N. Altamura [2], P. De Colle[1], P. Pitacco[2], C. Giansante [2], G. Toigo[1]

[1] Unità Operativa di Geriatria; [2] UCO di Clinica Medica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste; [3] Istituto Universitario di Scienze Motorie, Roma, Dipartimento di Scienze del Movimento Umano e dello Sport

Scopo. L'esercizio fisico modifica la composizione corporea, ma la variabilità interindividuale di questo adattamento non è ancora completamente conosciuta. L'impedenzometria rappresenta una metodica valida per lo studio della composizione corporea, con un'elevata riproducibilità, facilità di esecuzione ed accessibilità.
Le metalloproteasi (MMP) sono un gruppo di proteasi extracellulari che presiedono al rimodellamento dei tessuti. La metallpproteasi-1 (MMP-1) è una collagenasi presente intorno alle fibre muscolari e specialmente in quelle a contatto con gli interstizi del tessuto connettivo circostante o con i vasi (Singh). La sua regolazione potrebbe quindi svolgere un ruolo importante nel rimodellamento muscolare dopo esercizio fisico. Un polimorfismo genico, inserzione o delezione di una guanina in posizione -1607, crea

un sito di legame *ets* e l'inserzione aumenta di circa 8 volte la attività di trascrizione (Rutter).
Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i cambiamenti della composizione corporea in donne anziane in buone condizioni di salute e correlarli con il polimorfismo genico della MMP-1 a seguito di un intervento di esercizio fisico
Materiali e metodi. Diciassette soggetti sani sedentari (gruppo S) di sesso femminile di età media 69 ± 6 anni, sono stati sottoposti ad un programma di esercizio fisico multicomponente con sedute bisettimanali per la durata di sei mesi (Mc Dermott AY, 2006). All'inizio e alla fine del programma è stata eseguita una valutazione della composizione corporea mediante bio-impedenzometria. La bioimpedenzometria ha valutato i seguenti parametri: reattanza (Xc), resistenza (RZ), *phi* (phi), e sono stati derivati i valori di body cell mass (BCM) e acqua extracellulare (ECW). Il polimorfismo genico è stato valutato con analisi dei frammenti su elettroforesi capillare. Le differenze tra dati pre e post attività sono stati confrontati con le differenze negli stessi parametri ottenute su 19 donne che hanno sempre svolto esercizio fisico regolare (gruppo A), di età comparabile e in 6 donne, che non sono state sottoposte al programma di training (gruppo Controllo). L'analisi statistica è stata eseguita mediante test per misure ripetute.
Risultati. Nel gruppo S l'attività fisica ha modificato i parametri bioimpedenzometrici di reattanza, di body cell mass e dell'acqua extracellulare. L'inserzione (G+/G+ e G+/G-) era associata in maniera statisticamente significativa alla reattanza (+50%, P = 0.009), alla massa cellulare (+25%, P = 0.007) e all'acqua extracellulare (-20%, P = 0.004). I soggetti con delezione (G-/G-) non mostravano modificazioni significative dei parametri sopra riportati (-6, -4%, +2%, rispettivamente).
Non vi erano differenze nella frequenza allelica e genica del polimorfismo della MMP-1 tra i tre gruppi, così come non si sono osservate variazioni nel tempo nella composizione corporea nei soggetti già attivi (gruppo A) o in quelli sedentari (Gruppo Controllo).
Conclusione. I diversi aplotipi del polimorfismo funzionale della MMP-1 potrebbero influire sulle modificazioni della composizione corporea indotte dal programma di training fisico.

Bibliografia

Rutter JL, Benbow U, Coon CI, Brinckerhoff CE. Cell-type specific regulation of human interstitial collagenase-1 gene expression by interleukin-1 beta (IL-1 beta) in human fibroblasts and BC-8701 breast cancer cells. J Cell Biochem 1997;66:322-36.

Singh A, Nelson-Moon ZL, Thomas GJ, Hunt NP, Lewis MP. Identification of matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors type 1 and 2 in human masseter muscle. Arch Oral Biol 2000;45:431-40.

Mc Dermott AN, Mernitz H, Exercise and older patients: Prescribing Guidelines. Am Fam Physician 2006;74:437-44.

Questo studio è stato supportato dal finanziamento "Fondo Trieste 2005" e da Camera di Commercio, Industria e Artigianato di Trieste

Valutazione nutrizionale in pazienti affetti da demenza Alzheimer e vascolare provenienti dal domicilio e dall'ospedale

A. Fontanella, I. Engaddi, F. Scapellato, A. Cantoni, S. Brigida, A. Crippa[1], C. Negri Chinaglia

UOS Dipartimentale Riabilitazione Alzheimer, [1]UOS Dietologia e Nutrizione Clinica ASP IMMeS Pio Albergo Trivulzio (PAT), Milano

Scopo. I rapporti tra stato nutrizionale e decadimento cognitivo sono complessi; studi epidemiologici hanno mostrato una elevata prevalenza di malnutrizione più frequente nei soggetti istituzionalizzati rispetto ai pazienti (pz) che vivono a domicilio; la mnl risulta essere molto comune nei soggetti affetti da Demenza Alzheimer (AD) indotta e favorita da fattori cognitivi, metabolici, comportamentali e ambientali e rappresenta un fattore predittivo di morbilità e mortalità. Scopo dello studio è valutare la prevalenza di alterazione degli indici nutrizionali biochimici in una popolazione anziana affetta da demenza AD e non AD di grado moderato e severo, di seguito ricoverata presso il Nucleo Alzheimer (NA) Riabilitazione del PAT nel periodo febbraio-giugno 2007, proveniente dal domicilio (77.2%), e dall'ospedale per recente intervento di chirurgia ortopedica per frattura femore (22,8%).
Materiali e metodi. È stato valutato lo stato nutrizionale all'ingresso nel NA Riabilitazione di 88 pz (68 F 20 M) età media: 85,1 ± 7,2 aa. Ognuno è stato sottoposto a valutazione multidimensionale con screening funzione cognitiva con Mini Mental State (MMSE) (range 0-30), funzionale con Indice Barthel (BI) (range: 0-100) comportamentale con Neuropsychiatric Inventory (NPI) (range 0-144). Tutti i pz erano affetti da Demenza (criteri DSM IV); 47,7% era affetto da AD (criteri NINCDS-ADRDA) 29,5% da VAD (criteri NINDS-AIREN). In tutti i pz è stato effettuata un'analisi dei paramentri biochimici di malnutrizione: transferrina (range: 200-400 mg/dl), colesterolo totale (range:150-190 mg/dl) prealbumina (range: 22-40 mg/dl); albumina (range: 3,5-5 mcU/ml) pseudoCHE (range: 5.400-13200 U/L); folati (range: 3.10-17.50 ng/ml) Vit. B12 (range: 197-866 pg/ml). 69 pz (77.2%) (Gruppo 1) provenivano dal domicilio per diagnosi, gestione di problemi del comportamento, problematiche internistiche e riabilitazione funzionale; 19 pz (22,8%) (Gruppo 2) provenivano da Divisioni di Ortopedia per effettuare ciclo riabilitazione motoria dopo recente intervento frattura femore. La popolazione studiata era caratterizzata da un livello di compromissione severa sia cognitiva (MMSE: media 9,04 ± 7,4) che funzionale (BI media: 34,9 ± 30,6) associata a disturbi del comportamento (NPI: media 21 ± 14,01).
Risultati. Il Gruppo 2 proveniente dall'Ospedale, era più compromesso sul piano funzionale (BI:10,8 ± 7,6 *vs.* 42,10 ± 31,2), cognitivo (MMSE: 7,35 ± 6,32 *vs.* 9,48 ± 7,79) e comportamentale (NPI 18,83 ± 12,05 *vs.* 21,64 ± 14,56). Relativamente ai parametri nutrizionali il 71% dei pz del Gruppo 1 di provenienza domiciliare presentava deficit di prealbumina, il 47.8% di transferrina e circa il 28% deficit colesterolo totale e pCHE ; nel Gruppo 2 tutti i pz. avevano deficit di prealbumina, l'84.2% di transferrina, il 78% di pCHE e albumina ed il 21% di colesterolo totale. Nel Gruppo 2 solo le medie del colesterolo totale, Vit B12 e folati erano nel range di normalità mentre le medie di tutti gli altri indici nutrizionali erano alterati e inferiori rispetto al

Variabili (p)	Gruppo1 (M ± DS)	Gruppo 2 (M ± DS)	Gruppo 2 *vs.* Gruppo 1
Transferrina mg/dl (200-400)	204,1 ± 41,15	163,6 ± 44,12	(p < 0,001)
Colesterolo.tot mg/dl (150-190)	177,6 ± 40,8	160,6 ± 29,36	n.s
pCHE U/L (5.400-13.200)	6361,4 ± 1837,89	4344,3 ± 1521,82	n.s
Prealbumina mg/dl (22-40)	18,87 ± 4,81	12,95 ± 4,14	n.s.
Albumina mcU/ml (3,5-5)	3,7 ± 0,61	3,18 ± 0,51	(p < 0,001)
Folati ng/ml (3,10-17,50)	5,8 ± 4,06	6,06 ± 4,78	n.s.
Vit B12 pg/ml (197-866)	515 ± 391,59	614,6 ± 390,43	n.s.

Gruppo 1 in cui solo la prealbumina si confermava come indice sensibile a condizioni malnutrizione

Conclusione. In accordo con la letteratura, anche nella nostra casistica la prevalenza dei deficit nutrizionali è risultata elevata in entrambi i gruppi; in particolare la differenza dei valori medi di transferrina e albumina è risultata statisticamente significativa (p < 0,001). Nel Gruppo 2 per altro è stato documentato deficit anche di albumina e pCHE. Tali dati confermano l'esigenza di approfondire le relazioni tra malnutrizione e decadimento demenziale in sottogruppi di pz con AD e VAD, in relazione al livello di gravità della malattia e al setting considerato; ancora risulta evidente la necessità di migliorare l'attenzione alle problematiche nutrizionali in ambito ospedaliero ed istituzionale.

Resistenza alla terapia medica nell'acromegalia dell'anziano

L. Foppiani[1], C. Prete[2], P. Del Monte[1], V. Curiale[2], S. Trasciatti[2]

[1] S.S.D. Endocrinologia, [2] S.C. Geriatria, E.O. Ospedali Galliera, Genova

Scopo. Descrivere il quadro clinico, ormonale, morfologico e l'approccio terapeutico in due pazienti anziani con malattia acromegalica.

Materiali e metodi. *Caso 1*. Paziente di 84 anni operata per neoplasia mammaria sn e tunnel carpale sn ed affetta da ipertensione arteriosa, diabete tipo 2, artrosi e tromboflebiti recidivanti arto inferiore sn. Durante ricovero per BPCO riacutizzata riscontro di stigmate acromegaliche ed avvio dell'iter diagnostico ormonale e morfologico. *Caso 2*. Paziente di 83 anni con ipertensione arteriosa e diabete insulino-trattato con scarso compenso. Durante ricovero per scompenso glicometabolico rilievo obiettivo di acromegalia ed esecuzione di controlli ormonali e morfologici.

Risultati. *Caso 1*. Glicemia: 139 mg/dl, HbA1c: 7%, GH: 16 ng/ml ed IGF-I: 643 aumentati; PRL, ACTH, cortisolo e funzionalità tiroidea normali. LH e FSH ridotti per l'età della paziente. Mancata soppressione del GH durante OGTT (basale: 16 ng/ml, nadir 9.8 ng/ml). LA TAC sellare con contrasto evidenziava un macroadenoma ipofisario con espansione soprasellare e nella cisterna optochiasmatica. Diagnosi: macroadenoma ipofisario GH-secernente con ipopituitarismo parziale. La paziente rifiutava l'intervento neurochirurgico ed è stata avviata terapia medica con octreotide LAR, analogo long-acting della somatostatina, alla posologia di 20 mg i.m./mese senza significative variazioni di GH e IGF-I dopo 3 mesi di terapia. La terapia è stata aumentata fino alla posologia di 30 mg i.m./3 settimane con parziale riduzione del GH (4.1 ng/ml; Delta%: -75%) ed IGF-I (458 ng/ml; Delta%: -29%) e non significative variazioni volumetriche della massa ipofisaria. È stata pertanto associata terapia con cabergolina, analogo dopaminergico long-acting, alla posologia di 1 mg per os/settimana con successiva normalizzazione di GH: 2.8 ng/ml ed IGF-I: 179 ng/ml, miglioramento clinico della paziente e lieve riduzione volumetrica del macroadenoma all'ultima TAC. *Caso 2*. Glicemia: 200 mg/dl, HbA1c: 8.7%, GH: 38.7 ng/ml, IGF-I: 701 ng/ml e PRL: 677 ng/ml (recupero 95%) significativamente aumentati. ACTH e cortisolo normali, gonadotropine indosabili. La RM sellare con contrasto mostrava un voluminoso macroadenoma ipofisario con espansione nel seno sfenoidale, nei seni cavernosi e nel lobo frontale. Diagnosi: macroadenoma ipofisario a secrezione mista GH-PRL con ipopituitarismo parziale. Vista l'età della paziente e le comorbidità presenti è stato deciso avvio di terapia medica: octreotide LAR 20 mg i.m./mese e cabergolina 1 mg/settimana. Dopo 2 mesi si è osservata una significativa riduzione dei livelli di PRL: 58 ng/ml, mentre il GH persisteva nettamente aumentato: 69 ng/ml. La cabergolina è stata aumentata a 2 mg/settimana e l'octreotide LAR a 30 mg i.m./3 settimane. Dopo altri 2 mesi la PRL era normalizzata: 14.5 ng/ml, mentre i livelli di GH: 81 ng/ml ed IGF-I: 782 ng/ml persistevano nettamente aumentati. Permane inoltre diabete tipo 2 scompensato nonostante terapia insulinica ed alterazioni dello stato cognitivo. Vista la resistenza alla terapia medica per l'acromegalia è stato proposto alla paziente debulking chirurgico per via transfenoidale.

Conclusione. I casi presentati evidenziano come la malattia acromegalica, possa manifestarsi anche in pazienti anziani dove è causa di importanti morbilità cardiovascolari e metaboliche. Tra gli adenomi ipofisari funzionanti, quello GH secernente è il più frequente nell'anziano. La terapia primaria rimane l'exeresi chirurgica, che risulta spesso non radicale per la presenza di macroadenomi correlati alla diagnosi tardiva (media 20 anni). In caso di persistenza di residuo tumorale o quando la chirurgia è controindicata per comorbidità associate, la terapia medica con analoghi long-acting della somatostatina, in grado di agire a livello di specifici recettori presenti sulle cellule ipofisarie tumorali, rappresenta una valida alternativa, in grado di controllare l'ipersecrezione ormonale nel 60-70% dei casi e di ridurre la massa tumorale nel 30-40%. Entrambe le nostre pazienti hanno presentato una resistenza alla terapia con gli analoghi della somatostatina, risolta nel primo ca-

so con l'associazione di un analogo dopaminergico long-acting, ad alta affinità per recettori specifici espressi con una certa frequenza negli adenomi GH secernenti, che ha portato alla normalizzazione di GH e IGF-I. Nella seconda paziente, che presenta un voluminoso macroadenoma misto, tale terapia di associazione è risultata inefficace sulla secrezione di GH ed è tuttora allo studio un possibile debulking chirurgico nella speranza di ripristinare la risposta alla terapia con octreotide LAR, eventualmente associato all'antagonista recettoriale del GH pegvisomant.

Bibliografia

1. Minniti G, Esposito V, Piccirilli M, Fratticci A, Santoro A, Jaffrain-Rea ML. Diagnosis and management of pituitary tumors in the elderly: a review based on personal experience and evidence of literature. Eur J Endocrinol 2005;153:723-35.
2. Colao A, Ferone D, Marzullo P, Lombardi G. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. End Rev 2004;25:102-52.
3. Turner HE, Adams CB, Wass JA. Pituitary tumours in the elderly: a 20 year experience. Eur J Endocrinol 1999;140:383-89.

Sintomi depressivi, uso di antidepressivi e mild cognitive impairment in una popolazione anziana: dati dal conselice study of brain ageing

P. Forti, N. Pisacane, E. Rietti, A. Lucicesare, G. Ravaglia

Dipartimento di Medicina Interna, Cardioangiologia, Epatologia, Università di Bologna, Policlinico S .Orsola-Malpighi, Bologna

Scopo. Il "mild cognitive impairment" (MCI) è una categoria diagnostica che identifica persone la cui performance ai test di funzione cognitive è inferiore al limite di norma per età e scolarità in assenza di segni clinici di demenza e perdita di autonomia funzionale. I portatori di MCI hanno un rischio aumentato di demenza e, per favorirne l'identificazione clinica, sono stati fissati criteri standardizzati di diagnosi (1). Accanto al più noto "amnestic MCI", caratterizzato dalla compromissione della sola memoria, tali criteri riconoscono l'esistenza di altri sottotipi di MCI, con coinvolgimento di multipli domini, mnesici e non mensici. Esiste una forte evidenza di associazione fra depressione e demenza nell'anziano, ma solo pochi studi si sono occupati di definire le relazioni fra MCI e depressione. Scopo di questa ricerca è stato esaminare l'associazione fra sintomi depressivi e prevalenza ed incidenza di MCI in una coorte di soggetti anziani.
Materiali e metodi. I dati vengono da uno studio di popolazione prospettico italiano, il Conselice Study of Brain Ageing, che, nel 1999/2000, ha visto l'arruolamento di 1016 partecipanti di età ≥ 65 anni. Per gli scopi del presente studio, sono stati inclusi 667 dei partecipanti già valutati all'arruolamento (595 soggetti con normale funzione cognitiva e 72 soggetti con MCI). I soggetti con funzione cognitiva normale sono stati rivalutati dopo 4 anni e sottoposti ad un iter diagnostico per l'identificazione dei casi incidenti di MCI. Seguendo i criteri internazionali, l'MCI è stato classificato come con (m+MCI) e senza coinvolgimento di memoria (m-MCI). All'arruolamento è stata verificata la presenza di sintomi depressivi (Geriatric Depression Scale ≥ 10) e l'assunzione di antidepressivi.
Risultati. All'arruolamento, sintomi depressivi sono stati riscontrati nel 18.3% dei partecipanti con normale funzione cognitiva e nel 44.4% dei casi prevalenti di MCI. L'associazione era significativa per entrambi i sottotipi di MCI e indipendente dall'uso di farmaci antidepressivi, variabili socio-demografiche e fattori di rischio vascolari. Nei partecipanti che avevano funzione cognitiva normale all'arruolamento, i sintomi depressivi erano inoltre associati con un aumentato rischio di sviluppare MCI al follow-up. L'associazione era significativa solo nei soggetti che riferivano uso di farmaci antidepressivi all'arruolamento, indipendente da altri fattori confondenti, e più forte per il sottotipo m-MCI (27.3% casi incidenti fra i partecipanti con sintomi depressivi *vs.* 12.5% casi incidenti fra i partecipanti senza) confrontato rispetto al al sottotipo m+MCI (54.5% casi incidenti fra i partecipanti con sintomi depressivi *vs.* 11.6% casi incidenti fra i partecipanti senza).
Conclusione. i sintomi depressivi hanno una prevalenza elevata negli anziani con MCI. Gli anziani con funzione cognitiva normale e sintomi depressivi hanno un rischio aumentato di sviluppare MCI. L'associazione sembra essere più forte per il sottotipo di MCI senza coinvolgimento della memoria.

Bibliografia

1. Winblad B, Palmer K, Kipivelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment. Beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med 2004;256:240-6.

Gli antipsicotici di seconda generazione nel trattamento dei disturbi comportamentali del paziente con deficit cognitivo

F. Fortunato, M. Abitabile, F. Loffredo, V. Canonico, F. Rengo

Unità di Valutazione Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Università degli Studi "Federico II" Napoli

Scopo. La definizione di Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) da parte dell'International Psychogeriatric Association (1) è utilizzata in ambito psicogeriatrico per indicare la particolare sintomatologia psichiatrica che compare frequentemente nei pazienti affetti da demenza. La maggior parte di questi soggetti manifesta disturbi comportamentali di diversa gravità e durata nel corso della malattia (2), che assumono notevole importanza clinica potendo costituire fonte di stress dei caregivers, peggiorare significativamente la qualità di vita del paziente e dei familiari, contribuire spesso alla precoce istituzionalizzazione (3). Il trattamento dei BPSD costituisce quindi un importante outcome nell'assistenza del soggetto demente (4). Nell'ultima decade, farmaci appartenenti alla nuova classe degli antipsicotici, cosiddetti atipici o di seconda generazione (Second Generation of Antipsychotics, SGAs) (clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina ed aripipra-

zolo, in ordine di introduzione in commercio) sono stati frequentemente utilizzati nel trattamento dei BPSD, sia perché hanno dimostrato un'efficacia superiore al placebo, sia per il migliore profilo di tollerabilità rispetto ai quelli di prima generazione (5), nonostante non siano approvati per questa indicazione. Gli SGAs sono potenti molecole che, anche a basse dosi, permettono un discreto controllo dei BPSD e spesso, proprio per le caratteristiche di maneggevolezza e tollerabilità, hanno permesso di continuare a gestire a domicilio pazienti con BPSD di lieve-media gravità, evitandone l'istituzionalizzazione (6,7). Da qualche anno sono sorte delle preoccupazioni riguardanti il rischio di importanti e seri eventi avversi associati all'uso di alcuni SGAs, in special modo la comparsa di eventi cerebrovascolari (CVAEs, quali stroke, attacchi ischemici transitori) (6). Il nostro è uno studio retrospettivo che vuole valutare l'efficacia e la tollerabilità degli antipsicotici atipici nei pazienti da noi seguiti.
Materiali e metodi. Dall'anno 2000, da quando è stata istituita presso il nostro Dipartimento l'Unità di Valutazione Alzheimer seguiamo circa 650 pazienti con declino cognitivo, di età media 72.3 ± 7 anni. Di questi pazienti abbiamo posto diagnosi di malattia di Alzheimer in circa il 45%, di demenza vascolare nel 30%, di demenza di tipo misto nel 15% e di pseudodemenza depressiva o demenze secondarie nella restante parte della nostra casistica.
L'incidenza di gravi disturbi del comportamento (deliri, allucinazioni, apatia, depressione del tono dell'umore, disturbi alimentari, ecc.) da noi riscontrata è stata in totale del 60%, rilevando 151 pazienti con BPSD su 292 con diagnosi di malattia di Alzheimer, 136 pazienti con BPSD su 195 con diagnosi di demenza vascolare, 71 pazienti con BPSD su 98 con diagnosi di demenza su base mista. Abbiamo trattato i nostri pazienti con BPSD farmacologicamente con risperidone (0.5-2 mg/die) o olanzapina (2.5-10 mg/die) per via orale.
Risultati. Abbiamo ottenuto una risposta farmacologica, intesa come miglioramento o risoluzione dei BPSD, nell'80% della nostra popolazione. Non abbiamo riscontrato durante il trattamento alcun incidente cerebrovascolare di entità lieve o grave. Sono stati rilevati tuttavia effetti collaterali, già noti per i due farmaci, nel 30% dei pazienti. I più frequenti sono stati parkinsonismo, agitazione, sonnolenza, apatia, disturbi gastrointestinali.
Conclusioni. Nella popolazione anziana da noi seguita gli antipsicotici atipici hanno dimostrato un'efficacia evidente nel trattamento dei BPSD. Non si è verificato alcun evento cardiovascolare significativo durante il trattamento. Gli effetti collaterali, anche se hanno determinato in molti casi la sospensione del farmaco, non sono stati più evidenti e di maggiore gravità rispetto a quelli descritti in popolazioni di età più giovane.

Bibliografia

1. Finkel SI, Cooler C. Clinical experiences and methodologic challenges in conducting clinical trials on the behavioral disturbances of dementia. Int Psychogeriatrics 8 Suppl 2:151-63.
2. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: finding from the Cache County Study on Memory in Aging. Am J Psychiatry 2000;157:708-14.
3. Colenda CC, Mickus MA, Marcus SC, Tanielian TL, Pincus HA. Comparison of adult and geriatric psychiatric practice patterns: findings from the American Psychiatric Association's Practice Research Network. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:609-17.
4. Giron MS, Forsell Y, Bernsten C, Thorslund M, Winblad B, Fastbom J. Psychotropic drug use in elderly people with and without dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:900-6.
5. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA 2005;293:596-608.
6. Wooltorton E. Olanzapine (Zyprexa): increased incidence of cerebrovascular events in dementia trials. CMAJ 2004;170:1365.
7. Kryzhanovskaya LA, Jeste DV, Young CA, Polzer JP, Roddy E, Jansen JF, et al. A review of treatment-emergent adverse events during olanzapine clinical trials in elderly patients with dementia. J Clin Psychiatry 2006;67:933-45.

Progetto S.O.F.I.A: studio multicentrico, nazionale prospettico sulla prevalenza della diarrea e associazione con l'uso di farmaci in soggetti anziani ambulatoriali

M. Franceschi[1], D. Vitale[2], A. Zaninelli[3], F. Rengo[2], R. Bernabei [4], N. Marchionni[5], A. Pilotto[1]; on behalf of F.I.R.I. (Fondazione Italiana Ricerca sull'Invecchiamento) and the SIGG (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia

[1] UO Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy; [2] IRCCS "Fondazione Maugeri", Telese Terme (BN); [3] Medico Medicina Generale, Romano di Bergamo; [4] Cattedra Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [5] Cattedra Geriatria, Università di Firenze

Introduzione. Non è attualmente nota la prevalenza della diarrea, definita come un aumento dell'emissione della quantità giornaliera di feci con diminuzione della loro consistenza e/o un aumento della frequenza di scariche dell'alvo, e l'associazione con il consumo di farmaci in pazienti anziani ambulatoriali.
Scopo dello studio è stato quello di valutare in una vasta popolazione anziana ambulatoriale: 1) la prevalenza della diarrea e 2) la eventuale associazione tra diarrea e consumo di farmaci.
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto da 132 Medici di Medicina Generale coinvolti da 24 Unità Operative di Geriatria di riferimento distribuite su tutto il territorio nazionale nell'ambito del Progetto SOFIA. 5515 anziani sono stati inclusi consecutivamente durante un periodo di osservazione di due settimane lavorative. Mediante una intervista strutturata sono stati raccolti i dati riguardante la terapia in atto secondo la classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC) e la sintomatologia gastrointestinale. La presenza di sintomi Gastrointestinali è stata valutata mediante il Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). In particolare gli items che esplorano il sintomo diarrea sono: 10) diarrea (evacuazioni molto frequenti), 11) evacuazioni liquide fastidiose, 13) urgente bisogno di andare di corpo. Tutti i soggetti, inoltre, sono stati sottoposti a va-

lutazione della disabilità mediante le scale funzionali Activities of Daily Living (ADL), e Instrumental Activities of Daily Living (IADL). L'analisi statistica è stata effettuata mediante i test del c^2 di Pearson e di Kruskal-Wallis, e l'analisi della regressione logistica binomiale. È stata considerata come statisticamente significativa la differenza osservata per un valore di $p < 0.05$.

Risultati. 5387 su 5515 soggetti hanno completato regolarmente il GSRS; di questi, 423 pazienti (M = 178, F = 245, età media = 75.0 ± 6.3, range = 65-100) pari al 7.9% presentava diarrea quando il sintomo era valutato solo con l'item 10 diarrea. Nessuna differenza è stata riscontrata tra i due sessi (M = 7.3% *vs.* F = 8.4%, p = ns). Se si includevano anche gli items 11) e 13) del GSRS la percentuale dei soggetti affetti da diarrea era del 13.9%. Con l'aumentare dell'età si è osservato un incremento significativo dei soggetti con diarrea (65-74 = 7.2%, 75-84 = 8.5%, > 85 = 9.4%, p = 0.003). Così pure all'aumentare della disabilità valutata sia con le ADL (Disabilità assente = 7.1%, lieve = 11.6%, moderata = 13.3%, severa = 13.3%, p = 0.001) che con le IADL (Disabilità assente = 7.2%, lieve = 8.1%, moderata = 9.9%, severa = 11.0%, p = 0.001) vi è un incremento significativo dei pazienti con diarrea. Un incremento del numero di farmaci si associa ad un aumento significativo dei soggetti con diarrea (Numero di Farmaci: 0 = 6%, 1-3 = 7%, 4-7 = 10%, > 7 = 9.7%, p = 0.01). Analizzando i singoli farmaci, è stato osservato che, i soggetti con diarrea rispetto ai controlli assumevano un numero maggiore dei seguenti farmaci: sartanici (16.5% *vs.* 11.7%, p = 0.003), inibitori della pompa protonica (PPI) (13.9% *vs.* 10.2%, p = 0.01), sali di ferro (1.2% *vs.* 0.4%, p = 0.03), antibiotici (2.8% *vs.* 1.1%, p = 0.02), SSRI (5.7% *vs.* 3.5%, p = 0.02), eutiroidei (5.7% *vs.* 3.7%, p = 0.03). L'analisi multivariata ha confermato che la presenza di diarrea è significativamente associata al consumo di antibiotici (OR = 2.8, IC95% = 1.48-5.31, p = 0.002), SSRI (OR = 1.66, IC95% = 1.06-2.59, p = 0.02), sartanici (OR = 1.5, IC95% = 1.17-2.02, p = 0.002), PPI (OR = 1.42, IC95% = 1.06-1.91, p = 0.01) ed età avanzata (OR = 1.02, IC95% = 1.001-1.034, p = 0.03). L'uso di aspirina a basse dosi si associa a ridotta prevalenza di diarrea (OR = 0.63, IC95% = 0.48-0.83, p = 0.011).

Conclusioni. La prevalenza della diarrea in anziani ambulatoriali è risultata del 7,9%. In questa popolazione la presenza di diarrea è associato all'età anziana, alla disabilità ed al consumo di farmaci e in particolare ad antibiotici, SSRI, sartanici e PPI.

Validazione di un semplice questionario per identificare gli anziani ad alto rischio di declino funzionale: studio InCHIANTI

P. Francesconi[1], A. Pasqua[1], S. Bandinelli[2], F. Lauretani[1], A. Salvioni[2], A. Pecchioli[1], E. Buiatti[1], L. Ferrucci[3]

[1] Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; [2] Azienda USL 10, Firenze; [3] National Institute on Aging, NIH, Bethesda, USA

L'identificazione degli anziani a rischio di declino funzionale è essenziale per attivare progetti mirati alla prevenzione secondaria della disabilità progressiva. Un semplice questionario postale con questo obiettivo è stato prodotto e validato a Sherbrooke (Canada). Lo studio InCHIANTI ha raccolto un insieme di dati longitudinali sia di caratteristiche demografiche e stili di vita di un campione rappresentativo di anziani attraverso un questionario domiciliare, che di numerose misure sullo stato funzionale. Obiettivo di questa analisi e' stato quello di utilizzare i dati disponibili per validare ed adattare al setting italiano il sopracitato questionario integrandolo con altri item suggeriti dalla letteratura per identificare gli anziani fragili.

Materiali e metodi. *Popolazione di studio*: soggetti ultra65enni non disabili nelle attività della vita quotidiana (BADL) arruolati nello Studio InCHIANTI baseline. *Analisi statistica*: Variabili indipendenti: caratteristiche individuali al baseline indagate con il questionario Sherbrooke modificato introducendo una "capacità di camminare per 400m". Variabile dipendente: condizione di disabilità (perdita di 1 o più BADL) a 3 anni. L'associazione tra le caratteristiche individuali ed il rischio di sviluppare disabilità nei tre anni successivi e' stata verificata con un'analisi di regressione logistica. Calcolo tassi di incidenza di disabilità, standardizzati sulla popolazione Toscana, utilizzati per un confronto all'interno di ciascun item del questionario. Valutazione del questionario, in termini di sensibilità, specificità ed area sotto la ROC curve, aggiustata e non per età.

Risultati. Degli 848 anziani non disabili al baseline (374 uomini e 474 donne), 72 (8,2%) erano disabili al primo follow-up, con un tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione anziana residente in Toscana (anno 2005), di 33,3 casi per 1.000 anni persona. Il questionario di Sherbrooke modificato e' capace di cogliere una variabilità del 79,5% dell'area definita dalla ROC curve. Un cut-off ≥ a 3 item positivi, che identifica il 19,2% dei soggetti, mostra una sensibilità del 62,5% e una specificità del 84,7% nell'identificare anziani che sviluppano disabilità nei 3 anni successivi.

Conclusioni. Il questionario di Sherbrooke modificato può essere utilizzato per l'identificazione di anziani non disabili ma ad alto rischio di declino funzionale per l'attivazione di interventi di prevenzione secondaria della disabilità.

Bibliografia

Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, Voyer L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. Age Ageing 1996;25:159-67.

Ferrucci L, Bandinelli S, Benvenuti E, Di Iorio A, Macchi C, Harris TB, Guralnik JM. Subsystems contributing to the decline in ability to walk: bridging the gap between epidemiology and geriatric practice in the InCHIANTI study. J Am Geriatr Soc 2000;48:1618-25.

Wangs L, van Belle G, Kukull WB, Larson EB. Predictors of Functional Change: A longitudinal Study of Nondemented People Aged 65 and Older. JAGS 2002:1525-34.

Brody KK, Johnson RE, Ried LD. Evaluation of a Self-Report Screening Instrument to Predict Frailty Outcomes in Aging Populations. The Gerontologist 1997;37:182-91.

Risultati inattesi dal confronto delle misurazioni con sfigmomanometro ed ABPM in una coorte di 100 anziani ritenuti sani

A. Franchin, V. Giantin, G. Panzuto, M. Simonato, K. Baccaglini, F. Turcato, F. Zanatta, S. Mulone, G. Sergi, G. Enzi, E. Manzato

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Determinare la prevalenza di ipertensione da camice bianco (White Coat Hypertension = WCH) e di ipertensione mascherata (Masked Hypertension = MH) in una coorte di soggetti anziani autosufficienti ritenuti "sani", utilizzando sia la metodica sfigmomanometrica (SF) che il monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore (ABPM).

Fig. 1.

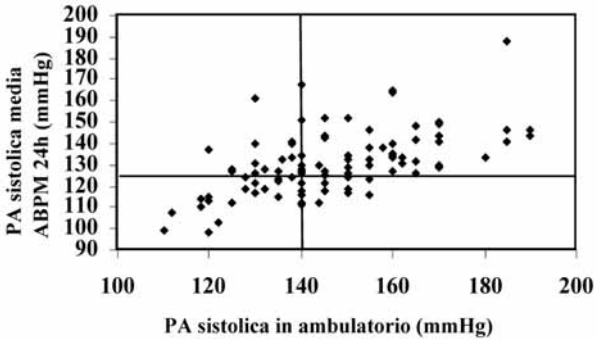
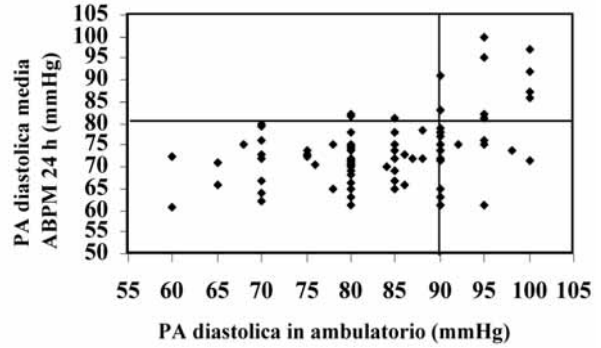


Fig. 2.



Materiali e metodi. Sono stati studiati 100 soggetti (78 Femmine e 22 Maschi) di età tra 65 e 79 aa (età media 71.3 ± 3.7 anni) che partecipavano ai corsi di attività motoria per la terza età del Comune di Padova, e che non presentavano controindicazioni all'esecuzione di un test da sforzo. A ciascun paziente venivano effettuate in ambulatorio registrazioni seriate della pressione arteriosa omerale (PA) e della frequenza cardiaca (FC) in clino e ortostatismo con sfigmomanometro Erkameter 300; veniva quindi posizionato sul braccio non dominante ABPM (Spacelabs 90207/30 in 60 paz.; Takeda TM2430 in 40 paz.) per monitoraggio pressorio nelle 24 ore. Per la diagnosi di ipertensione si sono utilizzati i limiti proposti dalle nuove Linee Guida Europee ESH-ESC 2007: PA media 24h all'ABPM ≥ 125/80 e allo SF ≥ 140/90. Quindi sono stati classificati come veri normotesi (NT) i soggetti che avevano pressione nella norma sia allo SF che allo ABPM, veri ipertesi (HT) coloro che presentavano ipertensione sia all'ABPM che allo SF, soggetti MH quelli normotesi allo SF e ipertesi all'ABPM, soggetti WCH quelli ipertesi solo allo SF.

Risultati. Nel totale dei 100 soggetti, all'anamnesi il 42% risultava iperteso e il 58% normotesi (vedi anche Figura1 e 2). Tale prevalenza di ipertensione dopo ABPM è salita al 67% a causa anche di un inatteso 13% rappresentato da soggetti con MH Nei soggetti anamnesticamente normotesi (58) è stato possibile fare neodiagnosi di sicura ipertensione nel 50% dei casi e di MH nel 10.3%. Nei soggetti ipertesi all'anamnesi (42) solo il 9.5% è risultato in buon controllo pressorio e quindi NT per terapia, mentre nel rimanente 90.7% la pressione risultava mal controllata, e un 16.7% presentava una MH (vedi Tabella I).

Conclusione. Nella popolazione generale la prevalenza di ipertensione mascherata (MH o "masked Hypertension") è ritenuta pari circa al 5% (Pickering 2003). Negli anziani ipertesi la percentuale si attesta attorno al 20% (Wing 2002). La prevalenza generale della "white coat hypertension" (WCH) è stata stimata nella popolazione anziana italiana del 9% (Verdecchia 2005). La prevalenza reale della MH e della WCH è poco nota in particolare negli anziani. Nella nostra coorte di anziani "sani" l'ipertensione arteriosa mascherata (MH) ha una significativa prevalenza, pari al 13% del campione totale, 10.3% dei normotesi e al 16.7% dei soggetti ipertesi, dato simile a quella della letteratura (Palatini et al. 2004, Wing et al. 2002). Questi soggetti hanno un'incidenza di morbidità cardiovascolare maggiore, paragonabile a quella osservata nell'ipertensione clinica (SF) o ambulatoriale (Bjork-Lund, 2003; Bobrie, 2004). Solo grazie all'uso dell'ABPM 24h è stato possibile identificare i soggetti MH, che altrimenti sarebbero sfuggiti alla diagnosi e a un'adeguata terapia. L'ipertensione da camice bianco (WCH) è risultata sovrapponibile al dato di letteratura in tutta la nostra coorte, e sia negli HT che NT all'anamnesi, attestandosi intorno al 9%.

Tab. I.

	Tutti (n = 100) ABPM		Normotesi all'anamnesi (n = 58) ABPM		Ipertesi all'anamnesi (n = 42) ABPM	
	PA normale	PA alta	PA normale	PA alta	PA normale	PA alta
Sfigmoman. PA Normale	NT = 17%	MH = 13%	NT = 22.4%	MH = 10.3%	NT = 9.5%	MH = 16.7%
Sfigmoman. PA alta	WCH = 16%	HT = 54%	WCH = 17.2%	HT = 50%	WCH = 14.3%	HT = 59.5%

Effetto dell'invecchiamento sulla via di biogenesi mitocondriale in cuore e fegato di ratto

T. Froio[1], R. López Grueso[2] , J. Gambini[2], C. Borrás[3], G. Poli[1] , E. Chiarpotto[1], J. Viña

[1]Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino, Italia; [2]Dipartimento di Fisiologia, Facoltà di Medicina, Università di Valencia, Spagna; [3]Università Cattolica di Valencia, Spagna

Scopo. È noto da almeno 50 anni, da quando Harmann postulò per primo la teoria dei radicali liberi, che l'invecchiamento è associato a un aumento della produzione di ROS che sono responsabili dell'indebolimento delle difese dell'organismo a livello cellulare e tissutale. Secondo questa teoria l'invecchiamento sarebbe dovuto almeno in parte all'accumulo di danni alle macromolecole biologiche in conseguenza dell'attacco da parte dei radicali liberi e la catena respiratoria mitocondriale è senza dubbio la maggior fonte dei radicali liberi nelle cellule. I mitocondri intervengono in diverse funzioni essenziali della cellula:(a) nel mantenimento delle riserve energetiche cellulari, come per esempio la termoregolazione e la sintesi di molecole essenziali; (b) nella regolazione dell'apoptosi e (c) nella mediazione di molteplici vie di segnale cellulare. Come è noto le modificazioni delle funzioni mitocondriali sono responsabili di varie malattie umane ereditarie ed acquisite e sono implicate nel processo di invecchiamento (1). C'è una correlazione diretta fra la richiesta di energia e la quantità di mitocondri, a dimostrazione che esiste un sofisticato meccanismo di regolazione che controlla la biogenesi mitocondriale (2). Questo processo è complicato dal fatto che questo organulo ha un suo genoma, sebbene molte proteine siano codificate da geni nucleari, e , poiché l'espressione dei due gruppi di geni deve essere accuratamente coordinata durante la biogenesi mitocondriale, il problema centrale diviene rendere possibile la comunicazione nucleo-mitocondri. Nei vertebrati sembra che questo processo coinvolga l'integrazione di molteplici vie di regolazione trascrizionale che controllano l'espressione dei geni sia mitocondriali sia nucleari in maniera stimolo e tessuto specifica.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati ratti maschi giovani (2-4 mesi) e vecchi (22-24 mesi) allo scopo di analizzare se il danno causato dallo stress ossidativo potesse essere correlato a una diminuzione della funzionalità mitocondriale e più specificatamente a una diminuzione della biosintesi dei mitocondri nei ratti anziani. Abbiamo valutato l'espressione di PGC-1 (peroxisome proliferator-activated receptor–coactivator1), del fattore di trascrizione mitocondriale A (Tfam), del citocromo c (Cytc), in omogenati di cuore e di fegato mediante western blot. Poiché il piruvato stimola l'aumento citosolico dell'attività della c-Jun N terminal chinasi (JNK) e ciò porta a un effetto secondario sull'intero metabolismo energetico (3) sono stati valutati i livelli di fosforilazione di questa chinasi tramite western blot.
Risultati. Abbiamo riscontrato nel cuore dei ratti anziani una diminuzione significativa dei livelli di PGC-1, Nrf1 e Cytc e un aumento dei livelli dell'espressione di Tfam. Nel fegato invece abbiamo riscontrato una diminuzione dei livelli di Tfam, Nrf1 e Cytc, ma nessun cambiamento significativo nei livelli di PGC-1. Per quel che riguarda i livelli di attivazione di JNK abbiamo riscontrato un aumento significativo solo nel fegato dei ratti anziani.
Conclusione. I risultati ottenuti negli animali anziani dimostrano che nel cuore e nel fegato l'aumento della produzione di ROS durante l'invecchiamento crea una diminuzione nella biogenesi mitocondriale.

Bibliografia

1. Ryan M.T. and Hoogenraad N.J., Mitochondrial-Nuclear Communications *Annu. Rev. Biochem.*, 2007, 76: 4.1–4.22.
2. Leary S.C. and Shoubridge E.A.K., Mitochondrial biogenesis: which part of "NO" do we understand? *BioEssays,* 2003, 25: 538–541.
3. Nemoto S., Takeda K., Yu Z., Ferrans V.J. e Finklet T., Role for Mitochondrial Oxidants as Regulators of Cellular Metabolism, *Molecular And Cellular Biology*, 2000, 19: 7311–7318.

Espressione di eme ossigenasi 1 nel fegato di ratto durante l'invecchiamento e l'intossicazione con etanolo

A.L. Furfaro, S. Patriarca, E. Balbis, C. Domenicotti, U.M. Marinari, M.A. Pronzato, D. Cottalasso, N. Traverso

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Patologia Generale, Università di Genova, Genova

Scopo della ricerca. Molti autori ritengono che l'espressione di eme ossigenasi 1 (HO-1) possa essere considerato un marcatore di risposta cellulare allo stress ossidativo (1); poiché l'invecchiamento è correlato al "logorio" ossidativo (2), questo lavoro intende esaminare se l'espressione epatica di HO-1 possa rappresentare un candidato biomarcatore di invecchiamento.
Materiali e metodi. Per mezzo di RT-PCR è stata valutata l'espressione epatica di HO-1 in ratti di varie età (2,5-24 mesi). Tale espressione è stata valutata inoltre in ratti di varie età sottoposti ad intossicazione con etanolo, nei quali sono stati misurati anche parametri di avvenuto danno ossidativo (aldeidi perossidative), in HPLC o fluorimetria.
Risultati. L'espressione di HO-1 era aumentata nei ratti di 6 mesi rispetto a quelli di 2,5 mesi, ma non si assisteva ad ulteriori incrementi col procedere dell'invecchiamento. Tuttavia, mentre i ratti giovani rispondevano all'intossicazione alcolica con un chiaro aumento dell'espressione di HO-1, i ratti più anziani non mostravano alcuna risposta; i dosaggi di aldeidi perossidative assicuravano comunque che lo stress ossidativo era avvenuto dopo l'intossicazione alcolica nei ratti di tutte le età.
Conclusione. I risultati non evidenziano una buona correlazione tra espressione di HO-1 ed età; tuttavia, contribuiscono ad indicare una diminuita capacità di risposta cellulare trascrizionale allo stress durante l'invecchiamento (3); dunque, il fatto che dopo i 6 mesi di età non si verifichino ulteriori incrementi di espressione di HO-1 è verosimilmente dovuto a tale progressiva diminuzione dell'efficienza della risposta cellulare allo stress, e non ad uno stabilizzarsi dell'entità dello stress ossidativo durante l'invecchiamento.
Ricerca finanziata con fondi dell'Università di Genova (ex 60%) e MIUR PRIN #2004063943_001, #2004068552_002, e #2006065711_002.

BIBLIOGRAFIA

1. Poon HF, Calabrese V, Scapagnini G, Butterfield DA. Free radicals: key to brain aging and heme oxygenase as a cellular response to oxidative stress. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:478-93.
2. Harman D. Free radical theory of aging. Mutat Res 1992;275:257-66.
3. Finkel T, Holbrook NJ. Oxidants, oxidative stress and the biology of ageing. Nature 2000;408:239-47.

Efficacia del trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

F. Fusco[1], A. Pizzocaro[2], E. Ghigo[3], R. Rago[4], G. Vaccarella[5], F. Mantero[6], P. Scarano[7], F. Romanelli[8], R. Sicuteri[9], A. Rossi[9], V. Mirone[1]

[1]Clinica Urologica Università degli Studi "Federico II" Napoli; [2]Istituto Clinico Humanitas- U.O.Endocrinologia e Diabetologia Rozzano (MI); [3]Endocrinologia e Malattie del Ricambio,Università di Torino; [4]Unità Operativa di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione,Ospedale Civile "S. Maria Goretti" Latina; [5]Unità Operativa di Urologia,Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo; [6]Endocrinologia Osp.di Padova; [7]Reparto di Urologia servizio di Andrologia Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini; [8]Dipartimento di Fisiopatologia Medica Servizio di Seminologia Università "La Sapienza" - Policlinico Umberto I; [9] Direzione Medica Eli Lilly Italia

Scopo. Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6mesi che ha arruolato soggetti (S) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica; i medici erano liberi di prescrivere qualunque terapia per la DE, inclusi i PDE5i disponibili sul mercato e di cambiare terapia in qualunque momento nel corso dello studio. Una significativa percentuale di S ha preferito continuare ad assumere la terapia di partenza per tutto lo studio.
Materiali e metodi. Nei 129 centri italiani coinvolti, dal 2003 al 2004, sono stati arruolati1419 S di età ≥ 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o specialista di iniziare un trattamento per DE o cambiare quello in atto. 714 hanno completato lo studio assumendo continuativamente il farmaco prescritto alla baseline: Tadalafil (T = 535pz); Sildenafil (S = 75 pz); Vardenafil (V = 66 pz). L'efficacia dei diversi trattamenti è stata valuta ta con i seguenti parametri: IIEF-Q 6,7 e14; domini di time concerns, spontaneità e self-confidence dello SF-PAIRS; EDITS-Q1; SIQ1 (è accaduto negli ultimi 6mesi che la tua erezione sia stata insufficiente ad iniziare o completare il rapporto?) e SIQ2 (la terapia che hai assunto ha risolto il tuo problema?); GAQ1 (la terapia che hai assunto nelle ultime 4 settimane ha migliorato la tua funzione erettile?) e GAQ2 (se si, questo trattamento a migliorato la tua capacità di intraprendere attività sessuali?). I pz hanno anche riportato il massimo intervallo di tempo intercorso tra assunzione del farmaco e rapporto. Il confronto tra i gruppi di trattamento è stato eseguito con un'analisi multivariata, aggiustata per le differenze basali.
Risultati. Non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di efficacia, soddisfazione del paziente, self-confidence e spontaneità tra i diversi trattamenti. Il dominio"time-concerns" dello SF-PAIRS è maggiormente migliorato con T *vs.* S e V. Il massimo intervallo di tempo trascorso tra assunzione e rapporto sessuale era di 21,4h con T, 6,6 con S e 7,7 con V.
Conclusioni. Questo studio conferma che i 3 PDE5i non presentano sostanziali differenze in termini di efficacia. Tadalafil tuttavia si distingue per la sua maggiore durata d'azione, che determina un migliore impatto sulla preoccupazione di dover programmare il rapporto sessuale nella finestra d'efficacia del farmaco e di completarlo prima che l'effetto svanisca.

Misure di funzione fisica e qualità di vita

O. Fusco, M. Cesari, M. Tosato, V. Zamboni, A. Cocchi, R. Bernabei, M.R. Lo Monaco[1]

Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [1]Department of Aging and Geriatric Research, University of Florida, Gainesville, FL

Scopo. Negli ultimi anni, accanto alle tradizionali scale di funzione fisica (es. ADL (1), IADL (2)), sono sempre più utilizzate le misure di performance fisica (es. test della velocità del cammino (3), Short Physical Performance Battery [SPPB] (4)) che sono predittive di eventi avversi e correlate a condizioni cliniche e subcliniche. Ciononostante, uno studio comparativo delle misure di funzione fisica per un outcome importante quale la qualità di vita, non è ancora disponibile. Obiettivo di questo lavoro è di valutare l'associazione fra due misure di stato funzionale (scale ADL e IADL) e due di performance fisica (velocità del cammino sui 4 metri e SPPB) con strumenti di misurazione della qualità della vita (il questionario EuroQoL-5D e la scala visuo-analogica EuroQoL-VAS (5-7)).
Materiali e metodi. Le analisi sono state eseguite su 46 pazienti (età media 78.4 anni; donne 54.3%) ospedalizzati, arruolati consecutivamente, riferiti al Servizio di Diagnostica Cardiovascolare del Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria dell'UCSC (Roma) per l'esecuzione di esami EcoDoppler e/o ecocardiografici. Tutti i pazienti hanno fornito consenso informato per iscritto alla partecipazione. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università. Per le presenti analisi, sono state considerate le seguenti variabili indipendenti di interesse: 1) velocità del cammino sui 4 metri (1) [Il paziente veniva invitato a camminare alla sua solita andatura su un percorso di 4 metri. Il tempo impiegato veniva registrato e la velocità (in m/sec) utilizzata per le presenti analisi]; 2) SPPB (2) [Il paziente veniva valutato mediante questo strumento validato, costituito da tre componenti: il test del cammino, il test della sedia, ed il test dell'equilibrio. I risultati delle tre prove venivano categorizzati secondo cut-point prestabiliti. La somma dei punteggi (range 0-12) è stata utilizzata per le presenti analisi]; 3-4) ADL (3) e IADL (4) [Il numero di ADL ed IADL non compromesse è stato utilizzato per le seguenti analisi]. L'outcome di interesse è costituito dalle due componenti della scala della qualità di vita EuroQoL (5-7). L'EuroQoL-5D è un questionario che esplora 5 domini della qualità di vita. Il paziente è tenuto a rispondere secondo 3 gradi di percezione (assente, moderata e forte compromissione). Il

punteggio complessivo (range da -0.549 a 1) è calcolato secondo algoritmi pesati sulla popolazione europea. L'EuroQoL-VAS è una scala visuo-analogica (range 0-100). Analisi di regressione lineare sono state condotte fra le misure di funzione fisica (per incremento di DS) e le misure di qualità di vita.

Risultati. Le regressioni lineari non aggiustate mostravano associazioni significative fra tutte le variabili indipendenti di interesse e le scale EuroQoL (valori $p < 0.05$). La sola scala delle IADL rimaneva significativamente associata ad entrambe le scale EuroQoL (EuroQoL-5D: $\beta = 0.116$, 95%CI = 0.028-0.204, $p = 0.01$; EuroQoL-VAS: $\beta = 18.31$, 95%CI = 6.36-30.26,$p = 0.004$; deviazione standard IADL = 2.498), dopo aver aggiustato i modelli per età, sesso, fumo, BMI, MMSE, GDS, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, tumore, ictus/TIA, deficit uditivo e/o visivo, arteriopatia obliterante arti inferiori, artrosi, BPCO, ipertensione arteriosa, osteoporosi. I risultati si confermavano anche quando lo spessore carotideo mio-intimale (marker di invecchiamento biologico) veniva aggiunto come ulteriore fattore confondente (valori $p \leq 0.01$). Data l'interazione significativa del sesso nel rapporto fra alcuni item della scala IADL e la scala EuroQoL-VAS, sono state condotte analisi secondarie di covarianza stratificate per sesso ed aggiustate per età per stimare le medie delle due scale EuroQoL in base alla autonomia/dipendenza nei singoli item IADL. Tendenzialmente tutte le dipendenza nelle singole IADL impattano negativamente sulla qualità di vita in entrambi i sessi. Le donne, però, mostravano maggiori differenze nei punteggi delle scale EuroQoL. In particolare, differenze significative ($p < 0.05$) fra donne indipendenti e dipendenti venivano riportate per la preparazione dei pasti (EuroQoL-VAS: 37.58, EuroQoL-5D: 0.261), l'assunzione dei farmaci (EuroQoL-VAS: 34.52, EuroQoL-5D: 0.327), la gestione del denaro (EuroQoL-VAS: 42.60, EuroQoL-5D: 0.287), ed il fare il bucato (EuroQoL-VAS: 52.89, EuroQoL-5D: 0.355).

Conclusione. La velocità del cammino, la SPPB, e le scale delle ADL ed IADL sono tutte associate con indici di qualità della vita. La sola scala IADL, però, conferma tale associazione dopo aver considerato tutti i potenziali fattori confondenti. Le donne rispetto agli uomini mostrano una maggiore riduzione della qualità di vita in associazione alla perdita dell'autonomia nelle IADL, in particolare per specifici item. Tali risultati suggeriscono la scala delle IADL come strumento importante per disegnare studi ed interventi terapeutici volti al miglioramento/alla prevenzione della qualità di vita negli anziani.

Bibliografia

1. Katz S, et al. JAMA 1963;184:94-9.
2 Lawton MP, et al. Gerontologist 1969;9:179-86.
3. Guralnik JM, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55A:M221-31.
4. Guralnik JM, et al. N Engl J Med 1995;332:556-61.
5. Prieto L, et al. BMC Med Res Methodol 2004;4:10.
6. Dolan P. Med Care 1997;35:1095-108.
7. Rabin R, et al. Ann Med 2001;33:337-43.

Musicoterapia e demenze: effetti sugli aspetti cognitivo-comportamentali, emotivo-relazionali e corporeo-sensoriali

A. Gaddi, I. Santi, M. Gandelli, R. Gentile, M. Gianotto, M. Monti, F. Nitti

ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio (PAT) – Milano

La Musicoterapia nasce e si sviluppa in parallelo alle pratiche psicoterapeutiche, per migliorare la qualità della vita della persona con disagio, agendo sull'essere in maniera completa, favorendo l'espressione della individualità e creando canali comunicativo-relazionali. Nelle Demenze, l'inevitabile peggioramento del quadro clinico del paziente, spesso non intacca i componenti primordiali (sensoriali) ed emotivi della persona. La musica garantisce il "risveglio" dei componenti sopra citati. La musicoterapia può guidare ad un miglioramento e sviluppo favorendo aspetti sociali, espressivi, cognitivi e di stati di rilassamento. Un progetto di Musicoterapia è stato pertanto offerto agli Ospiti dei Nuclei Alzheimer RSA del PAT di Milano, nell'ambito di un piano di assistenza integrato multidisciplinare atto a potenziare il trattamento non farmacologico.

Obiettivi. Il progetto si propone di valutare gli effetti della Musicoterapica con particolare riferimento al contenimento dei disturbi psico-comportamentali, al miglioramento delle condizioni generali di qualità dello stato d'essere (tono dell'umore, rilassamento, relazioni sociali, etc…), nel favorire canali comunicativi ed espressivi alternativi e di utilizzare dei canali sensoriali per riattivare alcuni aspetti cognitivi.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 6 soggetti di sesso femminile con caratteristiche omogenee, età media 79 anni, in classe SOSIA > 5, affetti da decadimento cognitivo moderato/severo (MMSE grezzo medio 10.6), con BPSD (NPI medio 13.5), istituzionalizzati in media da 50 mesi. Dal mese di febbraio al mese di giugno 2007, due soggetti sono stati sottoposti a sedute individuali utilizzando un approccio metodologico di tipo psicodinamico, basato sulla proposta del musicoterapista R. Benenzon. Tali sedute hanno una durata di circa 30/40 minuti e pongono l'attenzione allo sviluppo di canali comunicativi ed espressivi alternativi partendo da alcuni stati d'essere dell'utente stesso (vissuto sonoro, identità sonora), favorendo processi di relazione col terapista. Le sedute si basano principalmente sul non-verbale, gli strumenti impiegati sono facili da utilizzare anche come oggetti intermediari di comunicazione. Contemporaneamente quattro soggetti sono stati invece sottoposti a sedute di gruppo, utilizzando molto la canzone come "contenitore" del vissuto sonoro della persona, sulla proposta di Mauro Scardovelli, che impiega il dialogo sonoro (anche improvvisato) per stabilire relazioni, momenti comunicativi, narrativi (come espressione della propria storia), espressivi sempre in un clima di benessere. Anche in questo caso sono stati utilizzati strumenti semplici e che non creino difficoltà di prestazioni. Lo strumento principalmente utilizzato è la chitarra classica perché si presenta in modo "popolare" e mantiene una posizione frontale del musicoterapista, inoltre è socialmente accettata come elemento legante. La chitarra è uno strumento sia da accompagnamento che melodico, ha delle dinamiche (volumi) molto varie e, in alcuni casi, può essere

proposto anche come strumento per l'utente. All'inizio e alla fine di ogni seduta sono state compilate schede ad hoc tratte da "Musicoterapia e malattia di Alzheimer" (Raglio, Maarolo, Villani, Ediz. Cosmopolis), per la valutazione dei seguenti parametri: cognitivo-comportamentale, emotivo-relazionale e corporeo-sensoriale. Il personale assistenziale del Nucleo inoltre ha annotato sulla diaria infermieristica il comportamento dell'ospite nelle ore successive alla seduta.

Risultati. Sono emerse variazioni positive dei parametri valutati, in particolare degli aspetti emotivo-relazionali, e corporeo-sensoriali. Il personale infermieristico inoltre ha evidenziato miglioramenti psico-comportamentali dopo ogni singola seduta e una relazione sociale positiva con il terapista e tra gli utenti. Il medico ha evidenziato in 2 soggetti un miglioramento dei BPSD all'NPI ed una sospensione dei farmaci antispicotici.

Possiamo concludere pertanto che la nostra esperienza, se pur ancora limitata nel tempo, ha ottenuto effetti positivi, migliorando globalmente la qualità di vita degli Ospiti che ne hanno beneficiato.

Ruolo dei prodromi nella diagnosi di sincope cardiaca e non cardiaca nell'anziano

G. Galizia[1], I. Simione[1], A. Langellotto[1], D. Avolio[1], A. Morrione[2], A. Landi[2], A. Maraviglia[2], C. Mussi[3], P. Abete[1], A. Ungar[2], F. Rengo[1] G. Masotti[2] per il Gruppo Italiano di Studio della Sincope nell'anziano

[1]Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II", Italy; [2]Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze e Azienda, Ospedaliera Careggi, Firenze; [3]Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo. In letteratura è stato evidenziato come la prognosi dei pazienti con sincope sia strettamente correlata alla causa. La sincope di origine cardiaca, infatti, in assenza di diagnosi, ha una prognosi più severa rispetto alle sincopi di altra causa. Nella valutazione dei pazienti con sincope l'orientamento diagnostico post anamnestico, risulta di fondamentale importanza perché indirizza l'iter clinico-strumentale successivo e, pertanto, scopo del nostro studio è stato quello di verificare se i prodromi dell'episodio sincopale, in una popolazione di pazienti anziani, potessero giocare un ruolo nell'orientamento diagnostico e soprattutto nella distinzione tra la sincope cardiaca e la sincope non cardiaca.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 232 pazienti con sospetta sincope, presso le Divisioni di Geriatria aderenti al Gruppo Italiano di Studio della Sincope dell'Anziano, valutati secondo l'algoritmo diagnostico della sincope, a cui è stata somministrata una scheda dettagliata con i diversi sintomi che precedono l'episodio sincopale.

Risultati. L'età dei 231 pazienti (98 uomini and 133 femmine) era 79 ± 8 (range 60–98). 108 pazienti avevano un'età ≥ 80 anni. Dei 231 pazienti 174 (75.4%) aveva una sincope non cardiaca e 34 (14.7%) una sincope cardiaca. Il 71.1% (165 pazienti) inoltre aveva riferito sintomi prima della perdita di conoscenza e la prevalenza dei sintomi risultava sovrapponibile nelle diverse decadi di età. La prevalenza dei sintomi risultava maggiore per la sincope non cardiaca (75.3%, $p < 0.013$). Tra i diversi sintomi, la premonizione di svenimento (29,2%), la sudorazione (23,9%), la riduzione del visus (20,6%), l'astenia (18,1%), e la nausea (16.9%) hanno mostrato una maggior prevalenza. In particolare, premonizione di svenimento, sudorazione, riduzione del visus e nausea sono stati più prevalenti nella sincope non-cardiaca se confrontata con la sincope cardiaca il cui sintomo più frequente è stata la dispnea. Sono stati calcolati i valori di sensibilità, specificità, valori predittivi positivi e negativi ed i valori positivi e negativi likelihood per la sincope cardiaca e non cardiaca. L'analisi multivariata, aggiustata per sesso ed età, ha evidenziato che la nausea, la riduzione del visus e la sudorazione sono predittive di sincope non cardiaca mentre solo la dispnea è predittiva di sincope cardiaca come mostrato nella seguente tabella:

Sintomi	Sincope non cardiaca	Sincope cardiaca
Nausea	3.7 (1.26-11.2)	0.2 (0.05-1.06)
Riduzione visus	3.5 (1.34-9.59)	0.1 (0.01-0.77)
Sudorazione	2.8 (1.21-6.89)	0.1 (0.04-0.73)
Premonizione	2.1 (1.04-4.49)	0.2 (0.09-0.81)
Disagio addominale	2.2 (0.49-10.3)	0.4 (0.05-3.18)
Dispnea	0.3 (0.06-1.73)	5.5 (1.0-30.21)
Pallore	1.7 (0.49-6.37)	0.3 (0.04-2.38)
Sensazione di caldo	1.1 (0.22-5.56)	0.8 (0.10-6.93)
Palpitazioni	0.9 (0.19-5.19)	0.7 (0.09-6.58)
Astenia	0.9 (0.43-1.98)	1.8 (0.77-4.31)
Dolore toracico	0.2 (0.05-1.43)	4.0 (0.65-25.7)

Legenda: i valori sono espressi come Odds ratio con intervalli di confidenza al 95%

Conclusione. I pazienti anziani con sincope hanno presentato un'elevata prevalenza di prodromi. Il corredo sintomatologico prodromico è risultato più rilevante nelle sincope di origine non cardiaca. Nei pazienti anziani con sincope, sintomi quali sudorazione, riduzione del visus e nausea possono essere predittivi di sincope non cardiaca, mentre la dispnea, quando presente, può predire una sincope di origine cardiaca.

Studio pilota sull'utilizzo di Virtual Reality Rehabilitation System (VRRS) in strutture per anziani non autosufficienti

P. Gallina[1], M. Minardi[1], R. Zimmitti[1], M. Galtarossa[1], L. Piron[2]

[1] Opera Immacolata Concezione Onlus - Padova; [2] IRCCS S. Camillo - Venezia

Il "Virtual Reality Rehabilitation System" (VRRS) è un sistema che consente nuove strategie per la riabilitazione motoria sfruttando la tecnologia di realtà virtuale in modalità non immersiva. Questo sistema può essere utilizzato per esempio nel tentativo di ri-apprendere alcuni movimenti dell'arto superiore dopo ictus. Le esperienze descritte in letteratura sull'uso di tale sistema riguardano prevalentemente interventi nel post-acuzie. Non esistono dati in letteratura sull'utilizzo di tale strumento in un setting

come quello delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Il paziente anziano non autosufficiente, con patologia cronica, costringe spesso il fisioterapista a porsi obiettivi diversi rispetto al paziente seguito in un centro di riabilitazione, focalizzando la propria attenzione più sul mantenimento delle funzioni residue che sul recupero delle funzioni compromesse. In questo senso abbiamo ritenuto utile uno studio pilota per poter definire la possibilità di utilizzo del sistema con pazienti anziani non autosufficienti. Attraverso questo studio intendiamo verificare l'eventuale efficacia motoria, ma con particolare attenzione allo stato cognitivo dei soggetti. Allo stato attuale, sono stati selezionati, tra gli ospiti della struttura che sono stati segnalati per accedere alle attività motorie/riabilitative, i primi due soggetti (consecutivi) con MMSE ≥ 24, i primi due con MMSE compreso tra 20 e 23 ed infine i primi due con MMSE compreso tra 16 e 19. Tutti i soggetti (età media 81,5 anni) sono stati sottoposti a 10 sedute di attività motoria con VRRS ed assistenza minima del terapista. Ad ogni seduta il terapista ha compilato una scheda di raccolta dati per la valutazione dell'attività, utilizzando scale semiquantitative.
Tutti i soggetti sono stati in grado di portare a termine il ciclo di sedute con VRRS, dimostrando nel tempo una riduzione del tempo di esecuzione degli esercizi. Soggetti con valori più bassi di MMSE hanno evidenziato tuttavia una ridotta capacità di apprendimento degli esercizi e di autonomia nello svolgimento degli stessi.
Tutti i soggetti hanno dimostrato un notevole gradimento nello svolgere questo tipo di attività, in particolare quelli con MMSE ridotto, che ne hanno apprezzato soprattutto la componente ludica.
In conclusione, riteniamo che il VRRS possa essere proposto anche in soggetti con MMSE tra 15 e 20, pur sapendo che con valori inferiori a 20 i risultati, in termini di comprensione, ripetibilità dell'esercizio ed autonomia sono molto scarsi. IL razionale dell'utilizzo nei pazienti con MMSE molto basso è probabilmente da imputarsi ad una strategia di stimolazione globale dove oltre alla componente motoria si affianca una stimolazione di tipo cognitivo.

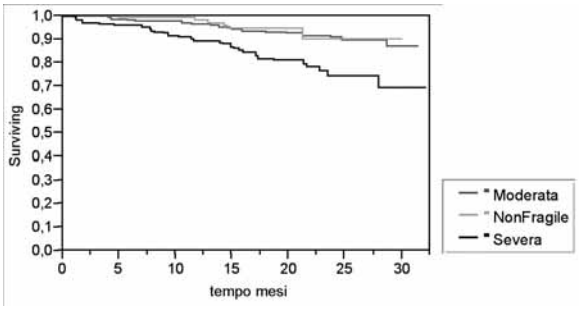
Fragilità e sopravvivenza in anziani ultrasettantenni. Evidenze del "Trelong Study"

M. Gallucci[1], F. Ongaro[2], G.P. Amici[1], C. Regini[1]

[1]ARGeI, Associaz. Ricerca Geriatrica Interdisciplinare, Treviso; [2]Dip. Statistica Univ. Padova

Scopo della ricerca. L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare quali correlazioni esistono tra fragilità e sopravvivenza in un campione di 668 anziani ultrasettantenni residenti nella città di Treviso. Questo lavoro appartiene al Trelong Study, Ricerca Sanitaria Finalizzata sostenuta dalla Regione del Veneto e da altri Enti, che ha raccolto, nella popolazione anziana studiata, dati demografici, biologici, medici, sociali, economici, e della qualità della vita.
Materiali e metodi. La popolazione ultrasettantenne residente nel comune di Treviso è stata suddivisa per sesso ed età in otto gruppi, considerando quattro classi d'età: 70-79, 80-89, 90-99, 100 e più; all'interno delle quali è stato estratto un numero predeterminato di individui, rispettivamente 250, 200, 200 soggetti, metà maschi e metà femmine, e tutti i centenari. Il campionamento all'interno di ciascuno dei 6 strati relativi alla popolazione con meno di 100 anni è stato sistematico a passi calcolati. Il campione, nel complesso di 668 persone, può essere riponderato per essere riportato all'universo di riferimento. La rilevazione dei dati ha compreso un'intervista, test di performance fisica ed un prelievo ematico, eseguiti a domicilio. La fragilità fisica è stata misurata utilizzando l'esercizio di alzarsi dalla sedia e la marcia cronometrata (Gill TM, N Engl J Med 2002). In particolare è stata definita fragilità grave quella condizione nella quale il soggetto non riesce ad alzarsi dalla sedia senza l'aiuto delle braccia e mostra una velocità nella marcia < 0.6 m/s pari a 2.16 km/h; è stata definita fragilità moderata quella condizione nella quale era soddisfatta solo una delle due condizioni su specificate; per fragilità assente si è definita la capacità del soggetto di alzarsi dalla sedia senza l'aiuto delle braccia associata ad una velocità nella marcia > 0.6 m/s. La raccolta dei dati è avvenuta da febbraio 2003 a giugno 2004 e la sopravvivenza è stata valutata al 1 settembre 2005.
Risultati. L'età del campione è di 84.1 ± 8.1 anni con il 53.4% di femmine. L'88.2% dei pazienti si alza dalla sedia e l'11.8% non si alza, la velocità di marcia è di 0.54 ± 0.21 m/s. La durata del follow-up per la rilevazione della sopravvivenza è stata di 20.5 ± 6.9 mesi; sono sopravvissuti 549 soggetti su 668 (119 deceduti, mortalità grezza 17.8%). Nel gruppo dei pazienti "non fragili" la sopravvivenza grezza osservata è del 93.7% (90 su 96), nei "fragili moderati" del 91.1% (204 su 224) e nei "fragili gravi" del 78.2% (111 su 142). L'analisi delle curve di sopravvivenza distingue nettamente la fragilità grave rispetto alla fragilità moderata e assente (vedi figura).

Fig. 1.



La probabilità di sopravvivenza a 20 mesi calcolata con le curve di Kaplan-Meyer è pari al 90.5% per i "non fragili", al 92.4% per i "fragili moderati" e all'80.7% nei "fragili gravi" (Log-Rank test ChiSq. 17.6, p < 0.0001).
Conclusioni. La fragilità fisica, come descritta da Gill, risulta essere un affidabile predittore di sopravvivenza. Risulta interessante la semplicità con la quale può essere rilevata e la sua correlazione con l'evento sopravvivenza anche senza considerare, solo per il momento e in questo lavoro preliminare, parametri "forti" come la comorbilità e i dati biologici.

Prognosi dello scompenso cardiaco in persone di diverse razze

G. Gambassi, M. Tosato, C. Palmacci, S. Aquila, R. Bernabei

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. La storia naturale dello scompenso cardiaco si ritiene possa variare in relazione alla razza (1). I dati attualmente disponibili in letteratura suggeriscono come nella popolazione afro-americana vi sia una più precoce insorgenza della malattia, una prognosi peggiore (mortalità circa doppia rispetto ai bianchi), una differente sensibilità alla terapia medica (2). In questo senso recentemente la FDA ha approvato l'utilizzo di un farmaco con specifica indicazione nella razza afro-americana. Tuttavia l'associazione tra razza e prognosi dello scompenso cardiaco potrebbe essere solo un artefatto analitico creato dalla presenza di fattori confondenti.
Materiali e metodi. Abbiamo condotto analisi secondarie sulla casistica del Digitalis Investigation Group trial, in cui 1128 (14%) dei 7788 partecipanti erano non bianchi. Il propensity score è stato calcolato per ogni paziente utilizzando un modello di regressione logistica ed è stato poi utilizzato per confrontare 1018 pazienti bianchi e 1058 non bianchi. Analisi di regressione di Cox sono state utilizzate per stimare la mortalità e l'ospedalizzazione nei 39 mesi di follow-up.
Risultati. La mortalità da tutte le cause è stata documentata pari al 34% (1180/10000 soggetti per anno di follow-up) nei bianchi, e al 33% (1130/10000 soggetti per anno di follow-up) nei non bianchi (Hazard Ratio {HR}, 0.95, con intervalli di confidenza al 95% {CI}, 0.80 - 1.14, p = 0.593). L'ospedalizzazione da tutte le cause, invece, è stata pari al 63% (3616/10000 soggetti per anno di follow-up) nei bianchi, e al 65% (3877/10000 soggetti per anno di follow-up) nei non bianchi (HR 1.03, 95% CI, 0.90 - 1.18, p = 0.701). Il rischio risulta simile anche per outcome specifici: 0.95 (0.75 - 1.12, p = 0.38) per mortalità cardiovascolare, 0.82 (0.60–1.11, p = 0.19) per mortalità da scompenso cardiaco, 1.03 (0.90 - 1.18, p = 0.70) per ospedalizzazione da qualunque causa, 1.05 (0.91 - 1.22, p = 0.49) per ospedalizzazione per problemi cardiovascolari, e 1.17 (0.98 - 1.39, p = 0.09) per ospedalizzazione per scompenso cardiaco.
Conclusione. Il nostro studio suggerisce come in una popolazione di bianchi e non bianchi affetta da scompenso cardiaco con caratteristiche simili al baseline, non vi siano differenze statisticamente significative sulla mortalità ed ospedalizzazione.

Bibliografia

1. Dries DL, Exner DV, Gersh BJ, Cooper HA, Carson PE, Domansi MJ. Racial differences in the outcome of left ventricular dysfunction. N Engl J Med 1999;340:609-16.
2. Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, Carson P, D'Agostino R Jr, Ferdinand K, et al.; for the African American Heart Failure Trial Investigators. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure. N Engl J Med 2004;351:2049-57.

Morfometria vertebrale in pazienti osteoporotici con esiti di frattura di femore recente: risultati preliminari

M. Gandelli, I. Santi, N. Antoniotti, A. Ubbiali, M. Monti

ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio (PAT), Milano

L'Osteoporosi rappresenta un'importante problematica sociale, la sua incidenza aumenta con l'età fino ad interessare la maggior parte della popolazione ultra ottantenne.
Il riscontro di una frattura vertebrale costituisce un importante fattore prognostico negativo per ulteriori fratture da fragilità non solo vertebrali, ma anche di femore e di altri siti scheletrici; infatti *una frattura vertebrale aumenta di 5 volte il rischio di una nuova frattura vertebrale entro un anno dall'evento ed una frattura vertebrale dopo i cinquanta anni di età, raddoppia il rischio di frattura di femor*e. È noto inoltre che la severità delle fratture vertebrali rappresenta un fattore predittivo negativo non solo per l'incidenza, ma anche per la severità di nuove fratture. Sul piano clinico, inoltre, le fratture vertebrali influenzano in modo decisivo, lo stato di salute (rachialgia, cifosi, complicanze respiratorie ecc.) e la qualità di vita del soggetto. *Nella pratica clinica è frequente il riscontro di fratture vertebrali prevalenti, spesso misconosciute, in soggetti giunti alla nostra attenzione per esiti di fratture di femore, tuttavia* rimangono un problema sottostimato e sottotrattato. È pertanto fondamentale diagnosticarle e valutarne numero e gravità, al fine di intervenire con una terapia che possa interrompere la cascata di eventi verso le fratture multiple. La Morfometria è un metodo semiquantitativo per diagnosticare le fratture vertebrali, attraverso il calcolo,sui radiogrammi in proiezione laterale, della differenza delle altezze anteriore, posteriore e media dei corpi vertebrali. Si identificano così fratture a cuneo, a lente biconcava e crolli, di entità lieve (20-25%), moderata (25-40%) e severa (> 40%), secondo la classificazione di Genant.
Obiettivi. Valutare la prevalenza di fratture vertebrali in soggetti con esiti di fratture di femore recenti, afferenti ai Reparti Riabilitativi del PAT e valutarne il numero e la gravità, mediante morfometria vertebrale digitale computerizzata (Morphopress).
Materiali e metodi. Dall'aprile 2007 è iniziato il reclutamento, tuttora in corso, dei soggetti ricoverati presso due Reparti Riabilitativi del PAT per Esiti di Frattura di Femore. Sono stati esclusi i soggetti in gravi condizioni cliniche e con una previsione di sopravvivenza inferiore a 6-12 mesi ed i soggetti portatori di Osteoporosi secondarie. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazioni cliniche e strumentali: anamnesi patologica generale e mirata ai fattori di rischio per osteoporosi, anamnesi farmacologica, valutazione di pregresse fratture, Rx Rachide dorso-lombare in proiezione latero-laterale e Morfometria Digitale Computerizzata.
Risultati. Dei 25 pz indagati di età media 83.7 anni, 4 sono stati esclusi in quanto portatori di forme secondarie emerse in itinere. Tutti i 21 pz reclutati (19 donne e 2 uomini) presentavano fattori di rischio per Osteoporosi, 10 pz non presentavano fratture vertebrali, 11 avevano fratture vertebrali morfometriche (52.3%): 5 presentavano una singola frattura, 6 presentavano plurime fratture vertebra-

li. Delle 27 fratture vertebrali morfometriche evidenziate, 1 (3.7%) era di grado lieve, 23 (85.1%) di grado moderato e 3 (11.1%) di grado severo. Solo 2 pz assumevano una terapia con bisfosfonati, ma risultavano non responder, mentre 9 pz presentavano fratture vertebrali misconosciute e non avevano ricevuto mai alcun trattamento farmacologico antiosteoporotico.
In conclusione i nostri dati preliminari, dimostrano, in accordo con la letteratura, che le fratture vertebrali sono sottostimate e sottotrattate, specie in soggetti di età più avanzata, nonostante sia ormai riconosciuto che la simultanea presenza di fratture vertebrali plurime e fratture di femore, configura un quadro di Osteoporosi di particolare gravità. Questi quadri necessitano di trattamenti farmacologici adeguati, quali Teriparatide e Paratormone, soprattutto se altre categorie di farmaci si sono mostrati inefficaci. Oggi, mediante un piano terapeutico a carico del SSN, stilato da centri accreditati dalle Regioni, è possibile trattare efficacemente questi soggetti ed è quindi doveroso effettuare una accurata valutazione diagnostico-terapeutica, al fine di assicurare trattamenti appropriati e tempestivi per la prevenzione primaria e secondaria ai soggetti, anche ultraottantenni, che ne presentino l'indicazione.

Centro diurno Alzheimer: creatività nel disagio, una risposta riabilitativa – "bambole di stoffa"

D. Gangi, M. Lista, M. Pizzetti, M. Vitali, P. Prosperi, E.A. Lazzaroni, A. Proietti, A.M. Lanzetti

ASL Distretto 3, Viterbo

Dal 2000 nella città di Viterbo è stato istituito con un progetto integrato ASL-Comune un centro diurno Alzheimer per 15 pazienti affetti da demenza medio-lieve. L'equipe è composta da operatori ASL (due medici UVA, psicologi, un terapista della riabilitazione, due assistenti sociali, tirocinanti di terapia occupazionale) e del Comune (un'educatrice, un'assistente sociale, tre assistenti domiciliari). Il centro è aperto tre giorni a settimana dalle 08.30 alle 15.00.
Attualmente un gruppo di pazienti ha presentato nel tempo una prevedibile evoluzione peggiorativa
del livello cognitivo, per cui circa la metà dei pazienti presenta una demenza di grado medio-grave, che si ripercuote sui progetti riabilitativi avviati. L'equipe ha quindi studiato un progetto alternativo per non interrompere sia l'attività assistenziale che quella riabilitativa propriamente detta verso pazienti, che pur avendo ormai perso i criteri cognitivi stabiliti per l'ammissione al centro, risultano così integrati da non poter essere eticamente dimessi. Attraverso esercizi di validation therapy è emersa la possibilità di realizzare delle bambole di stoffa con la supervisione degli operatori.
Questo progetto ha avuto la capacità di operare sulla complessità della persona e del suo rapporto con l'ambiente, al fine di migliorarne la qualità di vita, aiutandola a liberarsi dall'apatia e a costruire un'immagine di sé diversa. Le attività proposte, per risultare interessanti e congeniali alle capacità residue del paziente, hanno le seguenti caratteristiche: semplicità, utilità, compiutezza, familiarità, divertimento. La creazione delle bambole ha mantenuto e stimolato le abilità manuali, (favorendo il rilassamento e migliorando il tono dell'umore), le capacità motorie, le capacità di attenzione e concentrazione e contenuto la perdita dell'orientamento. Inoltre si è creato un ambiente favorevole alla socializzazione sia tra i pazienti che con i familiari e con l'esterno attraverso la partecipazione con uno stand ad una importante manifestazione tradizionale della città di Viterbo (S. Pellegrino in fiore). Durante lo svolgimento delle attività gli operatori hanno valutato tramite una scheda di osservazione il coinvolgimento e l'interazione dei pazienti.
I risultati del progetto sono stati: la realizzazione e la vendita di 40 bambole, la visibile soddisfazione dei pazienti e dei familiari, la gratificazione degli operatori, il riconoscimento dei dirigenti ASL e del sindaco e dell'assessore ai servizi sociali della città di Viterbo.
Si ringraziano tutti coloro che hanno reso possibile con il loro lavoro la realizzazione del progetto ed in particolare le assistenti domiciliari del comune: P. Bianchi, R. Oriolesi, S. Sanetti.

Cadute al domicilio negli ultra settantacinquenni

J. Garau[1], M. Sartini[3], C. Costaguta[2], P. Cremonesi[2], P. Odetti[2]

[1]DI.M.I., U.O. di Geriatria, Università di Genova; [2]DEA I Livello, E.O. Ospedali Galliera, Genova; [3]DISSAL Università di Genova.

Scopo del lavoro. La casa è il luogo dove ci si sente più sicuri, ma è anche il luogo dove avviene il maggior numero di incidenti che interessano soprattutto la popolazione anziana (1). Le cadute sono tra i più comuni problemi che interessano gli anziani e sono associate ad elevata morbilità, perdita di autonomia, istituzionalizzazione precoce e elevata mortalità (2). Le cadute nella popolazione anziana costituiscono uno dei principali problemi di salute pubblica (1) e per la geriatria sono da considerare come una patologia autonoma. Scopo di questo lavoro è stato valutare retrospettivamente i fattori associati alle cadute di un gruppo di soggetti ultrasettantacinquenni che si sono rivolti al DEA.
Materiali e metodi. Sono stati raccolti i dati inerenti al periodo Ottobre-Dicembre 2006 di un DEA di primo livello della città di Genova. I soggetti, tutti con età superiore ai 75 anni, si erano rivolti al DEA per una caduta a domicilio e per le conseguenze della caduta erano stati ricoverati in Ospedale.
Risultati. Gli accessi totali per caduta sono stati 225 (24% uomini), di cui 75 (33%) ricoverati. L'età dei soggetti ricoverati era compresa tra 75 e 100 anni (media ± DS = 87 ± 6) di questi il 22,6% erano di genere maschile. Il 27% viveva solo, il 23% col coniuge e/o sorella, il 37% era in famiglia o accudito da badante, soltanto il 12% risiedeva in istituto.
All'interno del gruppo studiato 56 soggetti (75%) avevano una deambulazione autonoma, di questi 15 con utilizzo di ausili e in 15 era presente un'instabilità posturale; 16 non erano autonomi nella deambulazione. In 19 (25,3%) sono state accertate altre cadute precedenti.
Nel 28% era presente una polifarmacoterapia (più di 4 farmaci al giorno) e ben il 60% (n = 45) aveva più di 2 patologie croniche concomitanti. Un decadimento cognitivo era segnalato nel 28% del campione (n = 21).
Le fratture erano 56 (75% dei soggetti caduti e ricoverati) (di cui 36 di femore); 44 pazienti sono stati sottoposti a

trattamento chirurgico. La durata della degenza era compresa tra i 2 e i 48 gg (16.5 ± 9.8).
La maggior parte dei soggetti è stata ricoverata in Ortopedia (n = 67, 76%), il 15% in Medicina (n = 11), 6% in Geriatria (n = 5), gli altri in Neurologia o in Chirurgia.
In 38 (50,6%) soggetti si sono verificate complicanze (delirium, IVU, anemizzazione postchirurgica, sepsi della ferita chirurgica e/o altro). I decessi sono stati 9 (pari a una mortalità del 12%).
Fra i pazienti che provenivano dal domicilio più della metà (41 su 66, 62%) è tornato dopo la dimissione a casa di questi 8 al domicilio con progetto di cure domiciliari; 14 pazienti (21%) sono stati inviati presso istituto o RSA di tipo riabilitativo e 12 (18%) indirizzati al reparto di Cure intermedie.
Conclusioni. I dati mostrano che nella popolazione anziana esaminata vi è stato un alto tasso di ricovero (33%) per le conseguenze di una caduta e solitamente il motivo è una frattura. È stato confermato che dopo i 75 anni le donne cadono di più degli uomini. In un'elevata percentuale di soggetti era presente il riscontro di precedenti cadute. La caduta era associata a comorbilità (con alta prevalenza di decadimento cognitivo) e polifarmacoterapia (possibili concause di caduta). L'evento caduta era accompagnato da un'elevata per prevalenza di frattura, con an'alta percentuale di complicanze e spesso un ritardato rientro al proprio domicilio.
Alla luce di questi risultati la prevenzione delle cadute a domicilio, realizzabile e efficace (3), potrebbe, oltre a ridurre ospedalizzazione, dolore e decadimento funzionale conseguenti, contenere i costi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Farchi S et al. Accid Anal Prev 2006;38:843-53.
2. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention J Am Ger Soc 2001;49:664-72.
3. Tinetti ME, N Engl J Med 2003;348:42-9.

Depressione da beta-bloccanti in un paziente anziano

P. Gareri[1 2], A. Cotroneo[3], R. Lacava[2], N. Marigliano[1], T.D. Voci[4], S. Cabodi[3], G. De Sarro[1]

[1]Cattedra di Farmacologia, Università Magna Grœcia di Catanzaro; [2]U.O."Tutela Salute Anziani", ASL 7- Catanzaro; [3]Dipartimento Salute Anziani (DSA), ASL3 Torino, [4] Cardiologo, Presidente Nazionale ACSA-Onlus

La depressione nell'anziano è spesso sottodiagnosticata e sottotrattata, specialmente in ambienti non psichiatrici e si associa frequentemente a declino delle condizioni di salute, dell'autonomia quotidiana e della qualità della vita. Numerosi farmaci causano sintomi depressivi, per esempio digossina, steroidi, antiipertensivi ad azione centrale, beta-bloccanti ed altri. I dati sulla presunta associazione tra depressione e beta-bloccanti sono controversi, come dimostrato da studi osservazionali trasversali e da studi casi-controlli. Sembra che i beta-bloccanti lipofili possano causare depressione più di quelli idrofili.
Un paziente di 65 anni venne ospedalizzato per un infarto miocardio anteriore; venne sottoposto ad angioplastica con applicazione di uno stent sull'arteria discendente anteriore e fu dimesso con terapia medica. Alla dimissione il trattamento farmacologico domiciliare era bisoprololo 2.5 mg/die, aspirina 100 mg/die, clopidogrel 75 mg/die, ramipril 5 mg/die, nitroglicerina transdermica 10 mg/die, lovastatina 20 mg/die. Divenne presto di nuovo indipendente nelle attività quotidiane ed attivo socialmente. Due mesi dopo presentò perdita di interessi, sentimenti di tristezza, astenia, insonnia, umore depresso con crisi di pianto, idee di morte; un punteggio di 11 era presente dopo la somministrazione della forma abbreviata della Geriatric Depression Scale (GDS) (depresso). Effettuò una visita geriatrica e nel sospetto di depressione iatrogena, prima ancora di somministrare un antidepressivo, il bisoprololo venne gradualmente sospeso nel giro di due settimane. Due mesi dopo venne effettuata una visita geriatrica di controllo; le condizioni generali erano buone, il tono dell'umore notevolmente migliorato, il paziente aveva ripreso la sua vita normale e la sua attività sociale. Effettuò un controllo cardiologico con esame ecocardiografico, che dimostrò acinesia del SIV, dilatazione delle camere sx e lieve depressione della FE (42%); la frequenza cardiaca media era di 85 bpm. Poichè i beta-bloccanti sono consigliati nel post-IMA, gli venne prescritto nuovamente bisoprololo (2,5 mg al dì). Due mesi dopo, il paziente presentò di nuovo umore depresso, idee di morte, di rovina, ansia, insonnia. Venne somministrato citalopram, 20 mg/die e dopo 20 giorni il dosaggio fu aumentato a 30 mg al dì; un mese più tardi il paziente era notevolmente migliorato, infatti il punteggio della GDS era 3 (non depresso).
Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina come il citalopram sono il trattamento di prima scelta nella depressione dell'anziano per gli effetti collaterali scarsi e la sicurezza in sovradosaggio; inoltre sono efficaci e sicuri in pazienti con storia di coronaropatia. Non esistono attualmente evidenze definitive sul ruolo dei beta-bloccanti nella depressione dell'anziano; alcuni modelli animali mostrano che la riduzione della neurotrasmissione noradrenergica aumenta la depressione comportamentale. In conclusione, questo caso clinico sembra evidenziare che in alcuni pazienti (probabilmente predisposti), specialmente se anziani, beta-bloccanti lipofili come il bisoprololo potrebbero avere un ruolo importante nell'insorgenza di depressione.

Il sistema qualità e il supporto informatico, un aiuto efficace nella riduzione del rischio d'errore all'interno di una casa protetta. L'esperienza di Villa Matilde

M. Garulli, B. Morabito, S. Mussi, F. Iacovino, T. Ferri, T. Ravalico, S. Daolio, S. Negri, G. Gelmini[1]

Casa Protetta "Villa Matilde" Bazzano (PR)-KCS Caregiver; [1]Fondazione "Ospedale della Carità" Casalbuttano (CR)

Scopo della ricerca. In una struttura socio-sanitaria, dove l'assistenza e ormai essenzialmente rivolta ad anziani fragili e gravemente non autosufficienti, parlare di qualità delle cure oggi significa parlare non solo di efficienza ed

efficacia delle prestazioni ma anche e soprattutto di sicurezza del servizio offerto. È fondamentale oltre alla massima attenzione verso un modello organizzativo nel quale gli obiettivi di processo e i relativi indicatori di misura possano garantire il monitoraggio della qualità erogata e percepita dei propri utenti, pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all'evento avverso come al frutto di un'interazione tra difetti umani, tecnologici, organizzativi, procedurali, culturali e di processo, piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano. Si tratta di promuovere quel cambiamento culturale che consente di superare l'approccio punitivo dell'errore. Senza la conoscenza del rischio non c'è possibilità di preparare o di adottare azioni correttive e preventive migliorative. L'adozione di meccanismi di prevenzione, la revisione critica dei processi, la messa a punto di protocolli per la riduzione del rischio, l'addestramento degli operatori a adottare comportamenti corretti e validati riduce il rischio d'errore, consentendo di agire in anticipo, prima che il danno accada. Questo tipo di logica si sposa perfettamente con i principi dei sistemi di gestione per la qualità secondo le norme Vision 2000 che sono fondate sull'analisi dei processi e sono orientate al miglioramento continuo del servizio erogato.

Materiali e metodi. Nella nostra realtà il supporto di un programma informatico specifico è stato un aiuto importante per acquisire, sistematizzare e finalizzare i flussi di informazione che provengono dalla valutazione multidimensionale ed elaborare i dati necessari al monitoraggio della qualità del servizio e delle non conformità causate da errori umani o di processi. Nell'ambito del sistema di gestione della qualità ISO 9001-2000 sono stati implementati nel corso degli anni un attento controllo di tutti i servizi erogati tramite la diffusione e compilazione quotidiana di apposite schede di rilevazione dell'evento avverso o in ogni modo non conforme a quanto stabilito dalle procedure (Schede composte di una check-list con oltre 265 voci di segnalazioni di possibili errori) e la realizzazione periodica di audit interni volti alla valutazione della qualità degli interventi socio-sanitari. Si è provveduto anche alla stesura di procedure, protocolli operativi, con individuazione delle fasi critiche del processo ponendo la massima attenzione al sostegno dell'attività di formazione degli operatori. Nella nostra esperienza abbiamo cercato di imparare dall'errore per anticipare l'errore, ìapprofittareî dell'errore per promuovere la riflessione all'interno del gruppo di lavoro durante le riunioni settimanali di èquipe con analisi approfondite delle possibili cause finalizzate ad identificare delle possibili soluzioni per evitare che l'errore si ripeta.

Risultati. Negli ultimi 4 anni attraverso l'analisi delle schede di controllo dei servizi, degli audit interni, dei reclami clienti, sono state registrate con accuratezza le possibili non conformità riguardanti il nursing-assistenziale, il nursing-infermieristico, la riabilitazione, l'attività medica, ecc. e programmate tutta una serie di azioni preventive e correttive finalizzate alla riduzione degli errori e quindi di un miglioramento della qualità e della sicurezza del servizio.

Conclusioni. I nostri dati indicano che un sistema qualità secondo le norme ISO 9001:2000, un buon supporto informatico e un'adeguata "filosofia" organizzativa geriatrica può far nascere un connubio veramente idoneo a facilitare il raggiungimento di un sistema tempestivo per fornire agli operatori tutte le indicazioni necessarie per svolgere nel miglior modo possibile gli interventi di loro competenza, ma soprattutto un sistema che renda possibile la rilevazione degli errori, anche quelli che non hanno generato un evento avverso, consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato. Ad esempio è stato dimostrato anche nella nostra pur breve esperienza che l'utilizzo di sistemi computerizzati nella gestione della terapia farmacologia riduce la probabilità d'errore nella somministrazione dei farmaci, così come una pianificazione della formazione che ha tenuto sempre conto anche delle varie tipologie di errori registrati durante l'anno è stata determinate per aumentare la sicurezza del sistema riducendo anno dopo anno gli errori.

Tipologia non conformità	2003	2004	2005	2006
Gestione Risorse Umane	171	382	146	124
Nursing Assistenziale	335	122	31	24
Nursing Infermieristico	5	23	15	5
Attività Medica	0	1	1	0
Servizio di pulizia ambienti	14	9	7	7
Servizio di lavanderia	6	8	5	4
Servizi alberghieri	69	19	7	3
Totale n. conformità	600	564	212	167
Numero di audit	15	16	18	24
Non conformità emerse audit	3	1	1	3
A. correttive/A. preventive	9	6	11	8
Totali reclami clienti	9	6	11	8
Da familiari	4	3	4	3
Da ospiti	5	3	7	5

Predittori di cadute in ospiti di RSA italiane: il progetto ULISSE (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l' anziano)

B. Gasperini[1], G. Dell'Aquila[1], C. Ruggiero[1], T. Mariani[1], R. Gugliotta[1], E. Cirinei[1], G. Mancioli[1], N. Palmari[1], F. Patacchini[1], R. Liperoti[2], F. Lattanzio[2], R. Bernabei[2], U. Senin [1], A. Cherubini [1]

[1]Instituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

Scopo. Il progetto ULISSE-RSA, sponsorizzato dal Ministero della Salute e dalla Pfizer s.r.l., ha come obiettivo principale quello di migliorare la conoscenza sull'assistenza socio-sanitaria fornita alla popolazione anziana ospite in residenza. L'obiettivo specifico di questa analisi è di individuare i fattori associati con il rischio di cadute nel campione di anziani istituzionalizzati incluso nello studio.

Materiali e metodi. Si tratta di una ricerca osservazionale longitudinale nella quale gli ospiti sono valutati all'inizio

dello studio e dopo 6 e 12 mesi. L'unico criterio di esclusione è l'età < 65 anni. Lo strumento di valutazione è formato da due schede: la scheda-struttura per descrivere le caratteristiche della residenza e la scheda-ospite per effettuare una valutazione multidimensionale del residente (caratteristiche socio-demografiche, stato di salute, stato funzionale, stato cognitivo, tono dell'umore, farmaci, qualità della vita, grado di soddisfazione, consumo di risorse), basata sul VAOR-RSA.

Risultati. Il campione dei residenti è costituito da 1779 ospiti. L'età media è di 83.6 anni, il 71.5% sono donne, con una scolarità media di 2.2 anni. I soggetti presentano elevata comorbilità con punteggio medio alla CIRS di 9.6 ed un numero medio di farmaci assunti di 5,1 al giorno. Il numero medio di ADL perse è 3.4 e il punteggio medio alla GDS è di 6.8. Il 69,6% degli ospiti presenta un deficit cognitivo (CPS ≥ 2) e il 42,1% un deficit cognitivo severo (CPS ≥ 5).

Nel periodo di osservazione dello studio il 12,8% degli ospiti è caduto almeno una volta (n = 228). Nell'analisi di regressione logistica sono risultati fattori di rischio indipendentemente associati a caduta una anamnesi positiva per caduta (O.R. 4.87, I.C. 95%, 3.4-6.97) e l'assunzione di antidepressivi (2.28, CI 95%, 1.6-3.3). Una gravità maggiore della disabilità (ADL compromesse > 3), invece, è associato ad un minore rischio di cadute (0.37 CI 95%, 0.2-0.6), probabilmente perché corrisponde ad un minore livello di mobilità. Risultano protetti dal rischio di cadere gli anziani che si trovano in una residenza in cui l'assistenza medica non sia garantita solamente dal proprio MMG, ma in cui c'è un medico dipendente della residenza (0.69, CI 95%, 0.5-0.97). L'utilizzo di farmaci antipsicotici è risultato un fattore di rischio per cadute nell'analisi univariata (36,4% dei soggetti che cadono, P = 0.05), nonostante non risulti significativo nel modello multivariato (1.34; CI 95%, 0.92-1.9).

Conclusione. I dati presentati dimostrano che sia caratteristiche degli ospiti che delle strutture influenzano il rischio di caduta degli anziani nelle residenze. Lo studio di questi fattori è importante perché spesso si tratta di fattori correggibili (1) e di conseguenza, intervenendo su di essi, si può ridurre sensibilmente l'incidenza delle cadute (2). Questi dati, quindi, forniscono informazioni importanti per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli anziani ospiti di residenza.

Bibliografia

1. Moylan KC, Binder EF. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. Am J Med 2007;120:1-6.
2. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006;35 (Suppl 2):37-41.

Associazione tra estradiolo e markers infiammatori nella popolazione anziana di sesso maschile: dati dallo studio inCHIANTI

E. Gatti[1], L. Carassale[1], G.P. Ceda[1], F. Lauretani[2], A. Artoni[1], M. Benatti[1], S. Bandinelli[3], C. Ruggiero[4], G. Valenti[1], L. Ferrucci[4], M. Maggio[1]

[1]Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [2]Agenzia Regionale della Sanità, Firenze; [3]A.S.F. Unità di Geriatria, Firenze; [4]Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD

Numerosi dati suggeriscono che la diminuzione degli ormoni sessuali associata all'età possa facilitare lo sviluppo di uno stato pro-infiammatorio subclinico. Negli uomini anziani, un declino del Testosterone ed un aumento di Interleuchina-6 (IL-6), Tumor Necrosis Factor -alpha (TNF-α) e Interleuchina-1-beta (IL-1β) possono contribuire allo sviluppo di sarcopenia, osteoporosi, artrite, patologie cardiovascolari e fragilità. Diversi studi hanno infatti mostrato l'esistenza di una relazione inversa tra Testosterone e markers infiammatori (1); dati dello studio "InCHIANTI" hanno evidenziato che più bassi livelli di Testosterone si associano ad elevati livelli di recettore solubile per l'interleuchina-6 (sIL-6r) (2). Non è noto tuttavia se tale relazione sia diretta o mediata dall'estradiolo.

Scopo. Valutare se esiste un'associazione tra Estradiolo e IL-6 ed altri markers infiammatori indipendentemente dal Testosterone o altri *confounders*.

Materiali e metodi. La popolazione oggetto dello studio ha compreso 417 maschi, di età maggiore di 65 anni, appartenenti alla popolazione InCHIANTI, di cui si sono ottenuti dati completi per ciò che riguarda: Body Mass Index (BMI), livelli sierici di Estradiolo e Testosterone, IL-6, sIL-6r, TNF-α e Proteina C Reattiva (PCR). Sono stati esclusi dall'analisi quei soggetti che assumevano glucocorticoidi (n = 9), antibiotici (n = 6), androgeni (n = 1) o che erano stati ospedalizzati di recente (n = 2). Pertanto l'analisi finale è stata condotta su 399 uomini (età media 74,57 ± 6,86 anni; range 65-95 anni). Il Testosterone è stato determinato mediante RIA, (Diagnostic System laboratories, Webster, TX) con una concentrazione minima di detezione (MDC) di 0,03 nmol/L e un coefficiente di variazione *intra ed interassay* rispettivamente di 9,6% e 8,6%. Anche l'Estradiolo è stato misurato mediante RIA con una MDC di 2,2 pg/mL e un CV *intra ed interassay* di 8% e 10%. TNF-α, IL-6 e sIL-6r nel siero sono stati misurati mediante ELISA ad alta sensibilità (Biosource International, Camarillo, CA). Il più basso valore di detezione era di: 0,1 pg/mL per l'IL-6, 8,00 pg/mL per l'sIL-6r e 0,09 pg/mL per il TNF-α. Il CV i*nterassay* era pari al 7% per tutte le citochine. L'Analisi di regressione multivariata è stata usata per valutare l'associazione tra Estradiolo e markers infiammatori. I valori sono stati riportati come Coefficiente β ± SE mentre età, BMI, fumo, alcool, attività fisica e le patologie croniche sono state utilizzate come covariate. I fattori statisticamente correlati con i markers dell'infiammazione sono stati identificati usando il coefficiente di correlazione parziale aggiustato per l'età e i coefficienti parziali di Spearman. La significatività delle associazioni tra i diversi parametri analizzati è stata cal-

colata con il test esatto di Fisher, una P inferiore a 0,05 è stata considerata significativa.
Risultati. Nell'analisi aggiustata per l'età, esiste un'associazione positiva tra estradiolo e IL-6 (coefficiente β ± SE, 0.017 ± 0.002; p = 0.03), che viene mantenuta anche dopo gli aggiustamenti per tutti i parametri: età, BMI, presenza di patologie croniche e livelli sierici di Testosterone (coefficiente β ± SE, 0.015 ± 0.007; p = 0.03). Al contrario non è stata trovata alcuna relazione statisticamente significativa tra Estradiolo e PCR, sIL-6r o TNF-α, né nelle analisi aggiustate per età, né in quelle aggiustate per tutti le covariate (p > 0.05).
Conclusioni. Il presente studio ha pertanto evidenziato che l'Estradiolo, nei soggetti anziani di sesso maschile, è positivamente associato con IL-6, indipendentemente da Testosterone o altri "confounders", ma non media la forte associazione negativa precedentemente riscontrata tra Testosterone e sIL-6r.

Bibliografia

1. Malkin CJ, Pugh PJ, Jones RD, Kapoor D, Channer KS, Jones TH. The effect of testosterone replacement on endogenous inflammatory cytokines and lipid profiles in hypogonadal men. J Clin Endocrinol Metab 2004;89:3313-8.
2. Maggio M, Basarla S, Ble A, Lauretani F, Bandinelli S, Ceda GP, Valenti G, Ling SM and Ferrucci L. Correlation between Testosterone and the Inflammatory Marker Soluble Interleukin-6 Receptor in Older Men. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:345-7.

Miglioramento cognitivo in assenza di riabilitazione cognitiva. Una possibile peculiarità della riabilitazione geriatrica?

S. Gentile, P. Carbone, F. Bonetti, R. Bosoni, C. Caminati, M.C. Ubezio, M. Uberti, P.P. Bellocchio, D. Villani
Fondazione Sospiro, Sospiro (CR)

Scopo della ricerca. Nell'Ottobre del 2006 in seguito alla riorganizzazione della Riabilitazione effettuata dalla Regione Lombardia, la Fondazione Sospiro ha avuto l'accreditamento di 40 posti di Riabilitazione Specialistica-Geriatrica. A otto mesi dall'apertura si è voluto andare a leggere i primi dati riguardanti i pazienti, per individuare i punti di forza e soprattutto la novità che poteva offrire una Riabilitazione extraospedaliera, posta all'interno di un contesto tipicamente geriatrico (RSA).
Materiali e metodi. La metodologia applicata è stata quella del lavoro in equipe e dell'utilizzo dell'ambiente (architettonico e umano) come luogo riabilitativo (palestra allo stesso piano del reparto, per consentire uno scambio quotidiano di informazioni tra le diverse figure di operatori; reparto ampio con luoghi di aggregazione, per poter anche accogliere i visitatori e consentire loro di mantenere un rapporto stretto con i pazienti nel periodo del ricovero; libero accesso diurno al reparto). I Progetti ed i Programmi, previsti dalla Delibera Regionale, sono effettuati in equipe multiprofessionali. Si attua una riunione settimanale, tra tutte le figure operanti in reparto, per permettere ad ognuno, secondo competenza, di scambiare osservazioni sui pazienti. L'assistente sociale dell'Istituto si è messa a disposizione, un giorno alla settimana, per iniziare pratiche riguardanti l'invalidità e, là dove necessario, prendere prima del rientro, contatti con il territorio.
Risultati. Le valutazioni testistiche ingresso/dimissione di 84 pazienti dimessi tra 1 ottobre 2006 e 31 maggio 2007, periodo medio di degenza di 49,75 gg, di età media aa. 81.33. ± 6.5 (range 62-99), con elevata comorbilità (CIRSmedia 4.83 IC, 1.83 IS) hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo.
Il punteggio al MMSE ha mostrato un guadagno di 1,9 punti tra le medie totali di ingresso ed uscita e in particolare, scorporando i 18 pazienti con MMSE > 24, da quelli con MMSE < 24 si è evidenziato che il miglioramento del punteggio era maggiore in questi ultimi e la differenza tra le 2 medie era statisticamente significativa
Conclusioni. La riabilitazione geriatrica è un intervento caratterizzato dalla multiprofessionalità e dalla globalità dell'approccio (1). Le interazioni tra riabilitazione e deterioramento cognitivo sono state oggetto di studi che hanno condotto a risultati non univoci (2-4). Ci è parso quindi interessante il fatto che i nostri dati sembrino confortare un'ipotesi di Riabilitazione Specialistica Geriatrica dove

	Ingresso		Dimissione		
	Medie ± DS	Range	Medie ± DS	Range	P°
MMSE score	18.3 ± 7.6	0-30	20.2 ± 8.0	0-30	< 0.1
Barthel Index score	40.3 ± 29.6	0-95	56.7 ± 31.1	0-100	< 0.1
NPI (global score)	15.5 ± 16.8	0-69	9.3 ± 12.3	0-52	< 0.1
Tinetti score	10.0 ± 8.3	0-28	15.8 ± 9.0	0-28	< 0.1
FIM	63.4 ± 31.3	18-124	81.1 ± 33.1	18-124	< 0.1

	Ingresso		Dimissione			
	Medie ± DS	Range	Medie ± DS	Range	Δ	P°
MMSE score	27.47	24-30	28.467	26.3-30	0.9957	< 0.1
MMSE score	15.75	0-24	17.70	0-24	1.959	< 0.1

interventi mirati sulla patologia di base e sulla comorbilità, uniti a un approccio al malato che privilegi le relazioni, il rapporto con la famiglia e il coinvolgimento decisionale, possano portare non solo a migliori performance funzionali, motorie e fisiche, ma anche ad un significativo guadagno cognitivo.

Bibliografia

1. Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. Int J Nurs Pract 2004;10(5):207-15.
2. Ginfin J, Walter-Ginzburg A et al. Predictors of rehabilitation outcomes and comparison of Israeli and Italian geriatric post-acute care (PAC) facilities using the minimum data set (MDS). J Am Med Di Assoc 2007;8:233-42.
3. Colombo M, Guaita A, et al.The impact of cognitive impairment on the rehabilitation process in geriatrics. Arch Gerontol Geriatr Suppl 2004;9:85-92.
4. Hershkovitz A, Brill S. The association between patients' cognitive status and rehabilitation outcome in a geriatric day hospital. Disabil Rehabil 2007;29:333-7.

L'ambulatorio traslazionale per la memoria (ATM): un ponte fra ricerca e clinica per la diagnosi precoce delle demenze

C. Geroldi[1 4], S. Sartori[1 2], E. Canu[1 2], R. Ganzola[1], G. Lussignoli[4], E. Chitò[4], M. Cotelli[5], R. Ghidoni[6], R. Giubbini[7], B. Paghera[7], M. Bonetti[8], G. Amicucci[9], M. Baronio[9], G. Binetti[6], O. Zanetti[2 4], G.B. Frisoni[1-3 10]

[1]Laboratorio di Epidemiologia, Neuroimaging e Telemedicina; [2]Ambulatorio Traslazionale per la Memoria; [3]UO di Psicogeriatria; [4]UO Alzheimer, [5]Laboratorio di Neuropsicologia, e [6]Laboratorio di Neurobiologia, IRCCS San Giovanni di Dio, FBF, Brescia; [7]Dipartimento di Medicina Nucleare, Spedali Civili di Brescia, Brescia; [8]Dipartimento di Neuroradiologia, Clinica Città di Brescia, Brescia; [9]Ospedale S. Orsola FBF, Brescia; [10]AFaR – Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca, Roma

Obiettivo. La formazione delle prime lesioni neuropatologiche che caratterizzano la malattia di Alzheimer (AD) inizia qualche decina di anni prima che si sviluppi la demenza. Per questo, alcuni marker biologici e di imaging di AD (riduzione del volume ippocampale, aumento di proteina tau e riduzione di abeta 42 liquorali, e riduzione del metabolismo in alcune aree cerebrali alla PET) potrebbero essere utilizzati per la diagnosi di AD incipiente (mild cognitive impairment, MCI, o disturbo soggettivo di memoria, DSM) e per la diagnosi differenziale delle forme rare (1-5). Obiettivo dello studio è descrivere l'attività di un servizio che utilizza i marker biologici e di imaging nella pratica clinica quotidiana.
Materiali e metodi. Presso l'IRCCS S. Giovanni di Dio FBF è stato strutturato un servizio (Ambulatorio Traslazionale per la Memoria, ATM), che utilizza nella pratica clinica i marker biologici e di imaging. L'iter diagnostico comprende: una valutazione neuropsicologica (memoria, attenzione, funzioni frontali, linguaggio, prassia, disturbi del comportamento); una risonanza magnetica cerebrale ad alta definizione con volumetria ippocampale e valutazione visiva dell'atrofia temporale mesiale e del danno vascolare sottocorticale; una rachicentesi per dosaggio dei livelli di tau totale e abeta 42 liquorali; una PET cerebrale con desossiglucosio per lo studio del metabolismo cerebrale.
Risultati. Nei primi 9 mesi di attività (dal giugno 2006 al marzo 2007), sono stati valutati 126 pazienti (sesso femminile 62%, età 73±8, MMSE 22.9±5.5). Tutti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologia, 109 (87%) a RM cerebrale, 62 (49%) a rachicentesi e 38 (30%) a PET (vedi Tabella).
Di 70 pazienti è disponibile l'orientamento diagnostico (OD) iniziale, formulato dal medico dopo la prima visita ATM con applicazione del protocollo clinico e di pochi test di screening (MMSE, CDT, Test dei 3 oggetti e 3 luoghi). Nel 66% dei pazienti (46/70) la diagnosi finale coincide con l'OD iniziale, mentre nel 34% cambia dopo la valutazione estesa.
Conclusioni. È possibile utilizzare estesamente nella pratica clinica i marker biologici e di imaging per la diagnosi di AD incipiente. Il follow-up di questi pazienti permetterà di valutarne la validità.

Bibliografia

1. Jack CR Jr, Petersen RC, Xu YC, et al. Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment. Neurology 1999;52:1397-403.
2. Riemenschneider M, Lautenschlager N, Wagenpfeil S, et

Diagnosi finale	aMCI N = 17	naMCI N = 14	AD N = 49	LBD N = 11	FTD N = 14	DSM N = 10	Altro N = 11	p
Sesso (femminile)	13 (77%)	8 (57%)	35 (71%)	5 (46%)	8 (57%)	5 (50%)	4 (36%)	0.20
Età	73±6	75±10	74±7	77±6	70±8	69±7	75±10	0.19
MMSE	25±3	26±2	21±5	24±4	19±8	28±2	22±5	< 0.0005
Vol. ippocampale (minore)	2197±552	2188±554	2135±354	2131±379	2000±536	2621±210	2517±458	0.02
Tau liquorale	529±157	321±127	653±360	246±108	416±307	379±130	417±289	0.01
Abeta-42 liquorale	514±227	736± 54	429±186	576±274	657±227	744±221	591±177	0.005
PET. ipomet. Temp. mesiale	4/7 (57%)	2/4 (50%)	5/15 (33%)	1/5 (20%)	0/2 (0%)	3/3 (100%)	1/2 (50%)	0.25
PET. ipomet. altre aree	4/7 (57%)	1/4 (25%)	9/15 (60%)	1/5 (20%)	1/2 (50%)	1/3 (33%)	0/2 (0%)	0.48

al. Cerebrospinal fluid tau and beta-amyloid 42 proteins identify Alzheimer disease in subjects with mild cognitive impairment. Arch Neurol 2002;59;1729-34.
3. Chetelat G, Desgranges B, De La Sayette V, et al. Mild cognitive impairment: Can FDG-PET predict who is to rapidly convert to Alzheimer's disease? Neurology 2003;60:1374-7.
4. El Fakhri G, Kijewski MF, Johnson KA, et al. MRI-guided SPECT perfusion measures and volumetric MRI in prodromal Alzheimer disease. Arch Neurol 2003;60:1066-72.
5. Frisoni GB, Padovani A, Wahlund LO. The predementia diagnosis of Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 2004;18:51-5.

Impatto di alcune patologie geriatriche sulle attività di base della vita quotidiana in anziani disabili

S. Ghiyasaldin, G. Barile, M. Petroi, M. Benigno, C. Sabbà[1], E. Guastamacchia[2], F. Resta

Sezione di Geriatria e Gerontologia-MIDIM; [1]Sezione di Medicina Interna-DIMIMP; [2]Sezione di Endocrinologia-DETO; Università di Bari

La disabilità è l'incapacità a svolgere in modo autonomo le più comuni attività della vita quotidiana. La sua prevalenza sale con l'età in maniera bimodale, essendo l'incremento lento fino a 75 anni e vertiginoso dopo tale età. Le ricerche finora condotte negli anziani hanno considerato soprattutto la disabilità in toto, mentre sono pochi gli studi che hanno approfondito il deficit delle singole attività della vita quotidiana (es. vestirsi, camminare, alimentarsi, etc.). Scopo di questa ricerca è stato quello di valutare in una popolazione anziana disabile le attività di base della vita quotidiana, e l'impatto su di esse di varie condizioni morbose.
Sono stati studiati 217 anziani disabili, 75 maschi e 142 femmine, di età compresa fra 59 e 94 anni (media 77.7 anni). Per la diagnosi di disabilità sono stati impiegate le seguenti scale: BADL, IADL e indice di Barthel modificato sec. Granger. Abbiamo considerato disabili i soggetti con indice di Barthel compreso fra 0 e 90. Le attività di base della vita quotidiana analizzate sono state: bagno o doccia, vestirsi, toilette, deambulazione in casa, incontinenza, alimentarsi. Sono stati indagati quali possibili fattori responsabili delle singole disabilità della vita quotidiana: l'età, l'obesità, il diabete, lo scompenso cardiaco, la demenza, l'ictus, il morbo di Parkinson, la depressione e le cadute.
La prevalenza delle singole disabilità è stata la seguente: bagno o doccia 79.7%; vestirsi 57.1%; toilette 63.6%; deambulazione 38.7%; incontinenza 78.3%; alimentarsi 79.3%.
Dall'analisi dell'impatto delle varie condizioni morbose sulle attività della vita quotidiana è risultato che: presentano difficoltà a fare il bagno o doccia i pazienti ultrasettantacinquenni ($p < 0.03$) e quelli con demenza ($p < 0.01$). Hanno problemi a vestirsi i soggetti con diabete ($p < 0.03$), scompenso cardiaco ($p < 0.05$), demenza ($p < 0.001$) e ictus ($p < 0.001$). Sono inabili all'uso della toilette i pazienti ultrasettantacinquenni ($p < 0.05$) e quelli con demenza ($p < 0.005$). Deambulano con difficoltà i soggetti con più di 75 anni ($p < 0.04$) e quelli con scompenso cardiaco ($p < 0.005$). Sono incontinenti i pazienti con diabete ($p < 0.05$) e quelli affetti da ictus ($p < 0.05$). Infine non sono in grado di alimentarsi autonomamente i soggetti con scompenso cardiaco ($p < 0.007$), demenza ($p < 0.008$) e depressione ($p < 0.05$). Non hanno, invece, condizionato significativamente le attività di base della vita quotidiana l'obesità, il Parkinson e le cadute.
In conclusione, in una popolazione anziana disabile le attività più frequentemente compromesse sono state nell'ordine: bagno o doccia, alimentarsi, incontinenza, toilette e vestirsi. Inoltre, i fattori maggiormente responsabili delle singole disabilità sono (in ordine di frequenza): la demenza, lo scompenso cardiaco, l'età, l'ictus, il diabete e la depressione. Pertanto, la demenza, condizione morbosa età-correlata e frequente in età geriatrica, ha il maggiore impatto sulla disabilità.

Ricerca finanziata con Fondi di Ateneo 2006 dell'Università di Bari (F. Resta, C. Sabbà, E. Guastamacchia).

L'attività fisica e le modificazioni della qualità della vita nel soggetto anziano

L. Giacomelli, S. Orini, S. Casella, G. Sennino, S. Cossi, A. Marengoni, G. Romanelli

Cattedra di Geriatria- Unità Dipartimentale di Geriatria per Acuti. Università di Brescia - Azienda Spedali Civili di Brescia - Fondazione "P. Richiedei" Gussago (BS)

Scopo. Lo scopo di questo studio è stato quello di verificare, in una popolazione anziana attiva ed autonoma, se una regolare attività fisica quotidiana possa migliorare la Qualità della Vita (QdV), valutata mediante il Medical Outcomes Survey Short Form-36 (MOS SF-36), influenzando in modo specifico alcuni dei parametri che valutano lo stato fisico o lo stato emotivo del soggetto.
Materiali e metodi. Tramite i bollettini delle Circoscrizioni IV, VII, IX del Comune di Brescia sono stati reclutati 40 soggetti anziani (7 maschi, 33 femmine; età media: 76 ± 4,5 anni) che regolarmente svolgevano attività fisica documentata. A tutti i soggetti sono stati misurati parametri: antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza addominale), clinici [pressione arteriosa (PA), frequenza cardiaca (FC) e respiratoria (FR)] ed ematochimici (glicemia, colesterolemia totale ed HDL, trigliceridemia, creatininemia, sodiemia e potassiemia). Inoltre: l'attività fisica è stata valutata mediante calcolo della spesa energetica quotidiana e mediante un questionario sulla tipologia di attività fisica, sportiva e non sportiva; lo stato cognitivo mediante il Mini-Mental State Examination (MMSE); lo stato emotivo mediante la Geriatric Depression Scale (GDS). La QdV è stata valutata mediante il MOS SF-36 considerando i seguenti item: per la valutazione dello stato fisico (PF: attività fisica; RP: limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica; BP: dolore fisico; GH: salute generale; PCS: componente fisica complessiva) e per la valutazione dello stato emotivo (VT: vitalità; SF: attività sociali; RE: limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo; MH: salute mentale; MCS: componente mentale complessiva). I soggetti sono stati, quindi, suddivisi in due gruppi: sportivi (almeno due ore di attività sportiva alla settimana) e non sportivi.
Risultati. Tutti i soggetti sono risultati in normopeso (BMI di 25,9 ± 3,8 per le femmine - 26,8 ± 5,2 per i maschi). La

PA era nella norma nel 63%, elevata nel 37% (il 21% era affetto da ipertensione arteriosa di I grado, l'11% di II grado e solo il 5% di III grado; il 71% degli ipertesi presentava un'ipertensione sistolica isolata). I valori dei parametri metabolici sono risultati normali ad eccezione della colesterolemia, i cui valori medi sono risultati 226 ± 39 mg/dl. Nessuno presentava deficit cognitivi (MMSE 28 ± 1 e in nessun caso inferiore a 24). La GDS è risultata in media 9 ± 6,3. In particolare, il 51% delle femmine e l'86% dei maschi avevano un punteggio inferiore a 10. Il 43% delle femmine ed il 14% dei maschi presentavano un grado lieve di depressione; solo il 6% del campione femminile presentava dei valori di GDS compatibili con una forma grave di depressione. La spesa energetica media era 39,5 ± 3,3 kcal/kg/die e per quanto riguarda le attività svolte, il 60% dei soggetti ha affermato di fare autonomamente la spesa, a piedi, trasportando dei pesi, in media 1,3 ± 1,7 volte alla settimana, per circa 0,6 ± 0,7 ore, di cui circa i due terzi con sforzo leggero, mentre per un terzo lo sforzo risultava moderato. Il 57% dei soggetti ha affermato di occuparsi dei lavori di casa pesanti e per tutti era richiesto uno sforzo leggero. I soggetti camminavano in media 325 ± 202 minuti alla settimana, percorrendo circa 8 ± 6 km. Il MOS SF-36 è stato compilato in maniera autonoma da tutti i soggetti, completato interamente nel 90% dei casi con perdita di al massimo due item per questionario. I punteggi della QdV MOS SF-36 sono risultati inferiori alla media italiana[1] in maniera significativa solo per RP (47 ± 39 *vs.* 78 ± 36), GH (51 ± 19 *vs.* 65 ± 22), RE (54 ± 43 *vs.* 76 ± 37), senza differenze significative per le altre scale e superiori per quanto riguarda PF (82 ± 11 *vs.* 56 ± 29) e RP (65 ± 35 *vs.* 42 ± 43) rispetto ad un campione rappresentativo di anziani[2] (mediante confronto per sesso e quintili d'età). I soggetti sportivi (n = 17) avevano, rispetto ai non sportivi (n = 23), punteggi superiori nelle scale PF (80 ± 15 *vs.* 70 ± 21), RP (54 ± 43 *vs.* 42 ± 38), BP (69 ± 24 *vs.* 55 ± 24), VT (67 ± 16 *vs.* 54 ± 22), PCS (46 ± 8 *vs.* 40 ± 9). Le componenti psicosociali correlavano significativamente con la GDS (MCS r = -0,8; MH r = -0,8; SF r = -0,6; VT r = -0,7; GH r = -0,64), mentre non vi era correlazione tra le scale relative allo stato fisico e punteggio alla GDS. La scala PF correlava con il consumo energetico (r = 0,46).

Conclusione. Soggetti anziani attivi ed autonomi, che svolgono regolare attività fisica quotidiana, presentano elevati valori di Qualità della Vita, in particolare per quanto riguarda il benessere fisico, la vitalità e una migliore percezione del proprio stato di salute. Lo stato emotivo del soggetto influisce sulle componenti mentali della Qualità della Vita ma non su quelle fisiche: anche i soggetti depressi che svolgono attività fisica mantengono quindi un buon grado di autonomia.

Bibliografia

1. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: Translation, Validation and Norming. J Clin Epidemiol 1998;51:1025-36.
2. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. Age and Ageing 2001;30:337-43.

Presentazione atipica di infarto miocardico acuto

A. Giani[1], D. Marietti[1], V. Guidi[1], G.A. De Paduanis[1], G. Peruzzi[1], S. Boschi[1]
[1] Unità di Valutazione Alzheimer, Dipartimento di Medicina Interna, Cardiovascolare e Geriatria, Università di Siena, Policlinico Santa Maria alle Scotte

Introduzione. Il Delirium si caratterizza come un disturbo dell'attenzione ad insorgenza acuta, con decorsofluttuante e nella maggior parte dei casi di breve durata (ore o giorni) (1) fino ad un massimo di 6 mesi. Fra i fattori precipitanti il Delirium si annoverano le patologie cardiache ed in particolare l'infarto miocardio acuto, in cui il cambiamento dello stato mentale corrisponde al periodo dell'evento acuto (2).

Caso clinico. Il signor G.B. afferiva al nostro centro U.V.A per la comparsa improvvisa di una sintomatologia caratterizzata da aggressività, irrequietezza psico-motoria, confusione mentale, disorientamento temporo-spaziale, Il paziente da circa due anni manifestava deficit della memoria recente. Alla valutazione cognitivo-funzionale: MMSE non sominstrabile, ADL 2/6, IADL 0/8, NPI 49/144. L'ECG registrava: sopralivellamento del tratto ST in D2, D3 e aVF e sottolivellamento di ST da V2 a V6. Si poneva quindi il sospetto che il repentino peggioramento del comportamento e dell'attenzione fosse riferibile a delirium (CAM: 7/9). Il paziente veniva, quindi, ricoverato nel reparto di Geriatria del Policlinico Santa Maria alle Scotte.

Anamnesi patologica remota: diabete mellito da circa 10 in trattamento insulinico; ulcera diabetica plantare bilaterale del piede per cui aveva effettuato a domicilio ciclo di antibioticoterapia; da circa 2 settimane febbre associata ad anoressia e scarso compenso glicemico. *Esame obiettivo*: paziente vigile, eupnoico a riposo, non cianotico, scarsamente collaborante, facilmente distraibile, disorientato nel tempo e nello spazio, con agitazione psicomotoria; cute e mucose visibili normoirrorate. PA 115/70 mmHg. *Al torace*: smorzamento plessico basale destro, MV ridotto in toto, crepitazioni in sede basale destra. Obiettività *cardiaca ed addominale* nei limiti della norma. Gli *esami ematochimici* all'ingresso mostravano iperglicemia, incremento della bilirubina totale e diretta, di LDH, ferritina, di troponina T, degli indici aspecifici di flogosi, leucocitosi neutrofila, monocitosi, riduzione di FT3 con TSH e FT4 nei limiti della norma. L'esame delle urine documentava la presenza di chetoni, bilirubina ed urobilinogeno.

L'ECG all'ingresso registrava ritmo sinusale a frequenza 68 b/min, blocco AV di I grado, BBdx, tratto ST sopralivellato in D2, D3 e aVF e sottolivellato da V2 a V6. Un *Rx torace* faceva rilevare cardiomegalia con segni di sovraccarico del piccolo circolo e trasudato pleurico basale destro.

Ecocardiogramma: diametri endocavitari del ventricolo sinistro nei limiti, ipertrofia del tratto prossimale del SIV; funzione sistolica globale ai limiti inferiori da acinesia dei segmenti medio-basali delle pareti infero-postero-laterale; pattern diastolico transmitralico di tipo restrittivo; insufficienza mitralica lieve-moderata, insufficienza aortica minima; insufficienza tricuspidale lieve. Veniva quindi impostata terapia per la cardiopatia ischemica acuta con conseguente miglioramento clinico e neuropsicologico. Il CAM alla dimissione (3/9) risultava compatibile per una risoluzione dello stato confusionale acuto. Dato, però, il perma-

nere di alcuni BPSD (quali irrequietezza psicomotoria e allucinazioni NPI), veniva intrapresa terapia con antipsicotici atipici (quetiapina 25mg la mattina e 50mg la sera). Il paziente veniva quindi dimesso con diagnosi di: "Delirium in paziente con infarto miocardico acuto, deterioramento cognitivo, insufficienza mitralica lieve-moderata, diabete mellito, piede diabetico".
A distanza di 30 giorni dalla dimissione il paziente veniva rivalutato presso il nostro centro U.V.A.: MMSE 15/30, MMSE corretto 14,1/30, ADL 3/6, IADL 0/8, CAM 3/9, NPI 30/144. Visto il persistere dei su citati BPSD, si sostituiva la terapia antipsicotica in atto con Olanzapina 10mg 1cp la sera e niaprazina 1-2 cucchiai prima di coricarsi.
Conclusioni. Questo caso conferma l'importanza di una valutazione geriatrica del paziente anziano, per il quale il delirium è sovente espressione di una malattia organica acuta. La persistenza di alcuni BPSD del paziente, dopo la risoluzione dell'evento acuto, conferma, inoltre, lo stretto rapporto fra delirium e demenza (3): demenza come fattore di rischio per delirium e delirium come fattore aggravante la demenza.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington: DC, American Psychiatric Association 1994.
2. Mussi C, Salvioli G. Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. G Geront 2000;48:434-40.
3. Fick DM, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. JAGS 2002;50:1723-35.

Valutazione della pressione arteriosa in anziani ritenuti sani: analisi delle modalità di misura e del ritmo circadiano

V. Giantin, A. Franchin, M. Simonato, G. Panzuto, F. Turcato, K. Baccaglini, E.D. Toffanello, F. Zanatta, S. Marin, A. Coin, G. Enzi, E. Manzato

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Determinare in un campione di soggetti anziani sani autosufficienti, se vi siano importanti differenze nelle diverse misurazioni della pressione arteriosa (PA) oggi disponibili, che possano aiutare a meglio identificare i soggetti ipertesi e valutare l'andamento circadiano della PA nelle diverse tipologie individuabili di pazienti.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 100 soggetti (78 F, 22 M; età media 71.3 ± 3.7 aa, range 65-79) reclutati nei corsi di attività motoria per la terza età del Comune di Padova. A ciascun paziente venivano effettuate in ambulatorio misurazioni ripetute della PA e della frequenza cardiaca (FC) da seduto, in clino e in ortostatismo con sfigmomanometro Erkameter 300; veniva quindi posizionato sul braccio non dominante ABPM (Spacelabs 90207/30 in 60 paz.; Takeda TM2430 in 40 paz.) per il monitoraggio della PA nelle 24 ore, ripetendo le prove in clino ed ortostatismo. Per la diagnosi di ipertensione si sono utilizzati i limiti proposti dalle nuove Linee Guida Europee ESH-ESC 2007. Sono stati classificati come normotesi (NT) i soggetti che avevano PA nella norma sia allo SF che allo ABPM, ipertesi (HT) se presentavano ipertensione all'ABPM e allo SF, con ipertensione mascherata (MH) quelli normotesi allo SF e ipertesi all'ABPM, con ipertensione da camice bianco (WCH) quelli ipertesi solo allo SF.
Risultati. Nei 100 soggetti studiati, il 17% era NT, 54% era invece HT, 16% WCH e 13% MH. Le Figure 1 e 2 presentano, nelle diverse tipologie di pazienti così individuati, i valori pressori medi di tre misurazioni, rispettivamente sistolici e diastolici, in funzione della modalità di misurazione sfigmomanometrica da seduto (PAsed), in clinostatismo (PAclino), in ortostatismo (PAorto); alle tre misurazioni con ABPM in clino (ABPMclino) e in orto (ABPMorto), e i valori diurni (ABPMday), delle 24 ore (ABPM24h) e notturni (ABPMnight) ottenuti all'ABPM. La Figura 3 mostra invece l'andamento circadiano della PA nelle diverse tipologie di pazienti.
Conclusione. Le diverse metodiche di misurazione della PA aiutano a discriminare meglio i soggetti realmente ipertesi, permettendo di individuare anche soggetti con MH o con WCH. L'andamento circadiano della PA, che nei soggetti con MH tende a sovrapporsi a quello dei soggetti ipertesi, almeno nella fase diurna, e quello dei soggetti

Fig. 1.

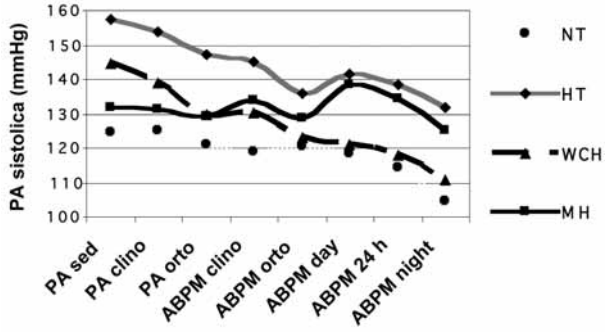


Fig. 2.

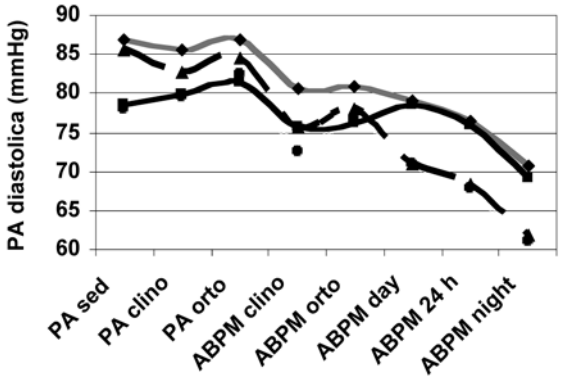
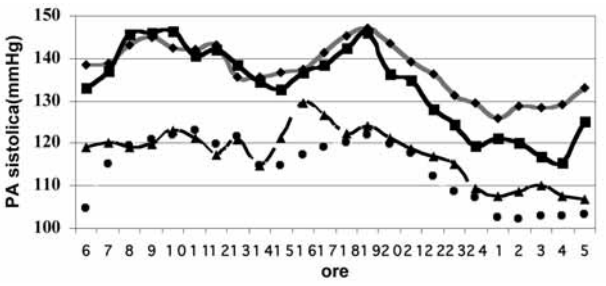


Fig. 3.



con WCH che si posizionano su valori più prossimi ai soggetti normotesi, confermano l'importanza di caratterizzare tali tipologie di pazienti, non identificabili con la sola misura sfigmomanometrica, e pongono altresì importanti interrogativi sulla opportunità che, anche in soggetti ritenuti sani, sia utile eseguire un ABPM di controllo.

Valutazione dell'efficacia degli interventi animativi nel ridurre i disturbi comportamentali in soggetti dementi istituzionalizzati

G. Giardini, L. Pezzoli, E. Galli, L. Lafergola, E. Grammatica
Residenza Sanitaria Assistenziale "Pontirolo" (RSA Pontirolo), Assago (MI)

Scopo della ricerca. Valutazione dell'efficacia degli interventi animativi/educativi nel ridurre i disturbi comportamentali in un gruppo di anziani affetti da demenza ricoverati presso una RSA.
Materiali e metodi. Nel gennaio 2006 sono stati reclutati 36 anziani affetti da sindrome dementigena (32 F, 4 M, età media 86,97 ± 6,93, range 74-100 aa) istituzionalizzati presso una RSA dell'hinterland milanese.
Ogni soggetto è stato sottoposto a gennaio (t0) e a dicembre (t1) 2006 a valutazione multidimensionale costituita da anamnesi, esame obiettivo, valutazione dell'autonomia funzionale, del rischio di caduta, dello stato cognitivo, dei disturbi comportamentali e dello stato di salute.
Per tutti gli anziani arruolati l'autonomia funzionale è stata valutata mediante l'Indice di Barthel modificato. Al fine di identificare i soggetti a rischio di caduta è stata somministrata la Scala di Tinetti. Lo stato cognitivo è stato valutato attraverso la somministrazione del Test di Folstein (MMSE). Per stadiare la demenza è stata utilizzata la Clinical Dementia Rating Scale (CDR). Attraverso il Neuropsychiatric Inventory (NPI) sono stati valutati i disturbi comportamentali. Per ciascun soggetto sono stati calcolati inoltre l'Indice di Severità e l'Indice di Comorbilità della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).
Gli anziani sono stati suddivisi in due gruppi (A e B). I soggetti del gruppo A (22 F, 1 M, età media 87,35 ± 6,33, range 74-100 aa) hanno partecipato a più di cinque attività, mentre i soggetti del gruppo B (10 F, 3 M, età media 86,31 ± 8,12, range 76-98 aa) hanno partecipato a meno di due attività animative/educative.
Per l'analisi statistica è stato utilizzato il Test T per dati appaiati.
Risultati. A t0 e a t1 è stata evidenziata una differenza significativa ($p < 0.001$) per quanto concerne il MMSE e la CDR (MMSE più basso e CDR più alta per il gruppo B); mentre a t0 non è risultata alcuna differenza tra i due gruppi per i disturbi comportamentali (NPI).
A t1 è stata evidenziata una differenza significativa ($p = 0.001$) tra i due gruppi per i disturbi del comportamento (NPI più bassa nel gruppo A).
Non è risultata alcuna differenza nel consumo di farmaci quali benzodiazepine, antipsicotici e antidepressivi.
Conclusioni. Questo studio sembra evidenziare che le attività animative/educative aiutano a ridurre i disturbi del comportamento e che la demenza grave/molto grave è un'importante causa di esclusione dalla partecipazione alle attività animative.
Sarà necessario, pertanto, riflettere al fine di realizzare attività animative/educative anche per i soggetti affetti da demenza grave/molto grave.

Indicatori di uso dei servizi sanitari e qualità dell'assistenza applicati agli anziani con malattia di Alzheimer lieve-moderata

R. Gini[1], P. Francesconi[1], E. Buiatti[1]
[1] *Osservatorio di epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze*

Scopo. Stimare il valore di alcuni indicatori di uso dei servizi sanitari e qualità dell'assistenza applicati alla popolazione degli anziani con Malattia di Alzheimer lieve-moderata e confrontarlo con il valore nella popolazione anziana generale.
Materiali e metodi. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana gestisce un Registro delle Demenze, compilato intercettando tutti i soggetti che compaiono con una diagnosi di demenza o una prestazione farmacologica che sottintende una diagnosi di demenza dai flussi sanitari della Regione Toscana (principalmente ricoveri con diagnosi primaria o secondaria riconducibile a demenza e prescrizioni farmaceutiche di anticolinesterasici) e da indagini ad hoc (1). Contemporaneamente l'Agenzia gestisce due portali di indicatori, uno specificamente dedicato agli anziani (2) e uno dedicato alla stima dell'uso dei servizi sanitari da parte della popolazione generale, con un focus sulla popolazione anziana (3). Entrambe queste batterie di indicatori sono state applicate alla popolazione del Registro, ristretta però ai soli anziani che vi compaiono in quanto, nel periodo esaminato, assumono farmaci anticolinesterasici. In questo modo si intende selezionare una popolazione che non ha, a priori, condizioni di comorbilità peggiori della popolazione generale, a parte, appunto, la diagnosi di probabile Malattia di Alzheimer (di grado lieve-moderato). Per ottenere stime sufficientemente solide sono stati aggregati i dati dell'intero territorio regionale nell'arco di un intero triennio (2003-2005). I valori riportati sono standardizzati per classe decennale d'età.
Risultati. È stato possibile calcolare e confrontare i valori di 10 indicatori di qualità dell'assistenza (Figura 1) e di 5 indicatori sul tasso di utilizzo di altrettante procedure (Figura 2).
In entrambi i casi sulla maggioranza degli indicatori (6 su 10 nel primo gruppo, 5 su 5 nel secondo) si evidenzia una

Fig. 1. Confronto su 10 indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani: popolazione generale vs soggetti che fanno uso di farmaci anticolinesterasici.

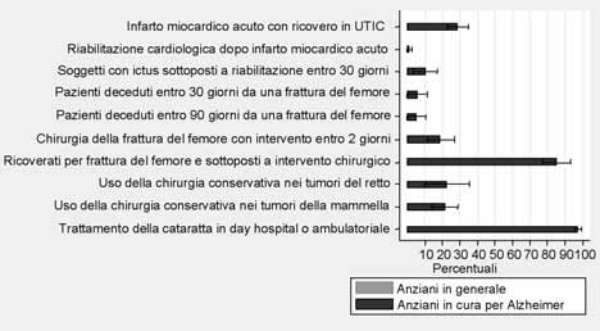
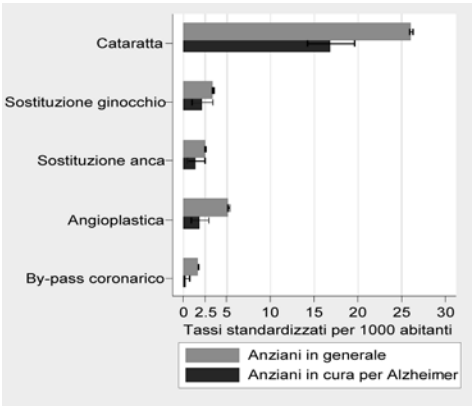

Infarto miocardico acuto con ricovero in UTIC
Riabilitazione cardiologica dopo infarto miocardico acuto
Soggetti con ictus sottoposti a riabilitazione entro 30 giorni
Pazienti deceduti entro 30 giorni da una frattura del femore
Pazienti deceduti entro 90 giorni da una frattura del femore
Chirurgia della frattura del femore con intervento entro 2 giorni
Ricoverati per frattura del femore e sottoposti a intervento chirurgico
Uso della chirurgia conservativa nei tumori del retto
Uso della chirurgia conservativa nei tumori della mammella
Trattamento della cataratta in day hospital o ambulatoriale
10 20 30 40 50 60 70 80 90100
Percentuali
Anziani in generale
Anziani in cura per Alzheimer

Fig. 2. Confronto su 5 indicatori di tasso di utilizzo (numero soggetti con procedura per 1.000 residenti / anno) di alcune procedure: popolazione generale vs soggetti che fanno uso di farmaci anticolinesterasici.



differenza significativa o ai limiti della significatività statistica tra i valori stimati nelle due popolazioni, a svantaggio dei soggetti che fanno uso di farmaci anticolinesterasici.

Conclusione. I dati sembrano dimostrare che l'accesso alle cure e la qualità delle cure dei soggetti con forma lieve-moderata di Malattia di Alzheimer sia significativamente peggiore rispetto alla popolazione generale. Infatti, poiché non sono stati considerati tutti i soggetti catturati da Registro, ma solo coloro che nel periodo considerato hanno assunto farmaci anti colinesterasici, si può supporre che il campione di popolazione usato per la stima abbia lo stesso livello di comorbilità e presenti la stessa complessità clinica della popolazione generale, se si eccettua la condizione di essere soggetti con diagnosi di probabile malattia di Alzheimer. I valori inferiori stimati per gli indicatori possono quindi essere in prima approssimazione attribuiti alla condizione di essere soggetti con tale diagnosi.

Parte delle differenze evidenziate possono essere certamente attribuite a difficoltà di diagnosi, di maggiori difficoltà operative nell'erogazione delle prestazioni e a considerazioni condivisibili sull'opportunità di trattamento di questa tipologia di soggetti. È possibile che un'altra parte sia invece ascrivibile ad una discriminazione del soggetto con demenza nell'accesso alle cure non altrimenti giustificata. Si sollevano quindi rispettivamente questioni di opportunità e di equità: poiché infatti i soggetti con demenza di grado lieve-moderato sono particolarmente a rischio di perdita di capacità funzionale, è possibile che un accesso meno intensivo e una minore qualità delle cure acceleri questo processo.

Bibliografia

1. Francesconi P, et al. The Tuscany Experimental Alzheimer's Disease and other Dementias Registry: first results. *Submitted for publication.*
2. www.arsanita.toscana.it > Indicatori di salute > ISA 65+.
3. www.arsanita.toscana.it > Indicatori di salute > ParsIS.

Il modello dell'ortogeriatria nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

A. Giordano[1], S. Visioli[1], M. Modugno[1], P. Pelliccioni[1], E. Martini[1], A. Nardelli[1], G. D'Angelo[2], P. Marenghi [2], M.L. Lunardelli[3]

[1] Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma, U.O Geriatria; [2] Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma, U.O Ortopedia; [3] Ospedale S.Orsola-Malpighi Bologna,U.O Geriatria

Scopo. Nonostante la terapia chirurgica delle fratture di femore abbia ormai raggiunto buoni livelli di efficacia,il tradizionale approccio ortopedico al problema non sembra essere ottimale nel paziente anziano in cui spesso intervengono complicanze post operatorie, elevata mortalità, perdita della autonomia e lunghi tempi di degenza.L'ortogeriatria è un modello gestionale integrato in cui ortopedico e geriatra lavorano in stretta collaborazione al fine di migliorare gli outcome clinico funzionali del paziente anziano fratturato. I percorsi ortogeriatrici proposti si caratterizzano per un coinvolgimento diverso del geriatra che vanno dalla consulenza programmata quotidiana in ortopedia fino alla creazione di un unico setting a gestione geriatria.

Il progetto ortogeriatria dell'AO Parma, iniziato ad Aprile 2007, è basato su di un modello che prevede la degenza del paziente nel reparto di ortopedia con la consulenza geriatrica quotidiana. Per l'implementazionme del protocollo operativo ci siamo ispirati alle linee guida Scozzesi del 2002.

Il percorso ortogeriatrico inizia direttamente in PS ove il paziente viene sottoposto agli accertamenti strumentali del caso e viene posta la diagnosi di frattura di femore. Già dal PS devono essere messe in atto alcuni accorgimenti specifici, quali la somministrazione della terapia antidolorifica il più precocemente possibile e l'utilizzo di una apposita barella atraumatica per l'esecuzione delle procedure diagnostiche e per la prevenzione delle lesioni da decubito.

Una volta trasferito il paziente presso il reparto di ortopedia vengono tempestivamente eseguite tutte le indagini necessarie per poter procedere all'intervento chirurgico entro le 48 ore. La consulenza geriatrica è garantita nelle prime 24 ore dal momento dell'ingresso in ortopedia. Lo

scopo della presa in carico del paziente fratturato da parte del geriatra è quello di poter seguire il paziente dal punto di vista clinico, minimizzando e trattando tempestivamente le complicanze internistiche post intervento e, allo stesso tempo, quello di valutare il paziente nella sua complessità andando ad identificare i livelli di comorbilità, la autosufficienza pre frattura e il recupero a distanza, la presenza e il trattamento di delirium, deterioramento cognitivo e depressione.
Nel team multidisciplinare ortogeriatrico di Parma intervengono anche altre figure professionali:
- lo specialista nutrizionista: valuta la presenza o il rischio di malnutrizione ed imposta regimi alimentari ottimali per favorire il processo di consolidazione ossea post intervento;
- il centro osteoporosi che esegue una valutazione della presenza di osteoporosi, uno dei principali fattori di rischio per la frattura femorale, e imposta le terapie del caso;
- lo specialista fisiatra che provvede ad una precoce mobilizzazione e alla riabilitazione post intervento;
- l'assistente sociale che si fa carico di quei pazienti con problematiche sociali al rientro al domicilio.

Lo scopo finale è quello di migliorare gli outcome clinici, ma anche quello di ridurre i tempi di degenza nel reparto per acuti procedendo al trasferimento del paziente in ambiente riabilitativo o al domicilio stesso il più precocemente possibile e di riservare il trasferimento in ambiente internistico o in lungodegenza solo per quei pazienti che presentano complicanze.
Metodologia. Verranno reclutati i paziente anziani con età ≥ 75 anni ricoverati presso la UO Ortopedia per frattura di femore. I pazienti inclusi nello studio saranno sottoposti a valutazione geriatrica entro le 24 ore dall'ingresso in reparto. La prima fase verrà eseguita prima dell'intervento chirurgico e sarà volta ad identificare: condizioni cliniche del paziente sia in riferimento a condizioni croniche (Indice di Comorbilità, CIRS) che a problematiche attive (Apache II) oltre che ad identificare il rischio intraoperatorio. Verranno poi indagate le abilità funzionali pre frattura (ADL-IADL), il rischio di caduta (Scala Conley), la presenza di deterioramento cognitivo anamnestica (SDS) la presenza e la gravità del delirium (DRS). Dopo l'intervento verranno valutate lo stato nutrizionale (MNA 5 items), la presenza oggettiva di deterioramento cognitivo (SPMSQ), la presenza di depressione (GDS), e la autonomia residua (Barthel Index)
Gli Outcome clinici che si andranno a valutare saranno: la mortalità intraospedaliera e a distanza (follow-up ad 1 anno), il recupero del precedente livello funzionale, il tasso di istituzionalizzazione. Altri parametri: incidenza e durata delle complicanze intraospedaliere, durata della degenza media totale e della degenza nel reparto di ortopedia, utilizzo dei servizi di riabilitazione o di ricovero temporaneo in altri reparti internistici o in LD, utilizzo dei servizi territoriali.
Risultati. i risultati preliminari dei primi 6 mesi di studio (aprile – settembre 2007) verranno esposti in sede congressuale

Correlazione tra volume renale e funzione in anziani diabetici tipo 2 con differenti stadi di nefropatia diabetica

M. Giordano, T. Ciarambino, S. Mazo, L. Gesuè, M. De Simone, G. Rinaldi, G. Paolisso
Diartimento di Geriatria e Malattie del Metabolismo SUN, Napoli

Scopo. Il volume renale risulta essere aumentato nel soggetto affetto da diabete mellito tipo 2. Non è ben noto il rapporto esistente tra l'aumento del volume renale (VR) e la funzione renale (ClCr) nel soggetto anziano con diabete mellito tipo 2 nello stadio più avanzato della nefropatia diabetica.
Metodi: Nel presente studio, abbiamo valutato, in vari stadi della funzione renale (sec NKFQ-D), il VR e la ClCr in 65 soggetti anziani diabetici (aDM2) e confrontati con quelli di 60 soggetti anziani non diabetici (anon-DM2).
Risultati. I risultati mostrano che nello stadio 4 (ClCr 15-29 ml/min/1.73m^2) il volume renale nell'aDM2 è aumentato rispetto agli anon-DM2 ((258 ± 20 ml/1.73m^2 *vs.* 214 ± 37 ml/1.73m^2; $p < 0.05$). In particolare nello stadio 4, a parità di funzione renale, il rapporto KV/ClCr è significativamente aumentato negli aDM2 (aDM2: 12.1 ± 1.1 *vs.* anon-DM2: 8.2 ± 1.6; $p < 0.05$). Abbiamo inoltre osservato nei soggetti aDM2 una correlazione significativa positiva tra il livello di proteinuria ed il volume renale, entrambi rapportati alla funzione renale (r: 0.671; $p < 0.05$).
Conclusioni. Questi dati potrebbero indicare che l'aumento del volume renale, osservato negli stadi più avanzati negli aDM2, sia dovuto ad un'espansione mesangiale in cui la proteinuria potrebbe esprimere un ruolo importante.

L'anziano in pronto soccorso (PS). Analisi descrittiva in due presidi italiani, uno dei quali dedicato all'anziano (PS geriatrico)

R. Giorgi[1], F. Salvi[2], V. Morichi[2], A. Grilli[2], L. Spazzafumo[3], S. Polonara[4], G. De Tommaso[1], P. Dessì-Fulgheri[2]
[1] U.O. Accettazione Medica, INRCA, Ancona; [2] Clinica Medicina Interna, Università "Politecnica delle Marche", Ancona; [3]Centro di Statistica e Biometria, Dipartimento Ricerche Gerontologiche, INRCA, Ancona; [4] Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedali Riuniti, Ancona

Scopo. Gli anziani sono utenti abituali del Pronto Soccorso (PS) ed i dati in letteratura ne dimostrano un utilizzo sostanzialmente appropriato. I loro accessi sono caratterizzati da maggiori livelli di urgenza, utilizzo di risorse e probabilità di ricovero rispetto ai giovani-adulti. Inoltre, questi pazienti vanno più spesso incontro ad *outcomes* avversi dopo una visita in PS (1). Tali pazienti pongono molteplici problematiche (cliniche, assistenziali, sociali) e sono talmente complessi che potrebbero richiedere approcci specifici, mirati, integrati tra Medicina d'Urgenza e Geriatria; tra le possibilità, è stata suggerita anche l'apertura di PS geriatrici (2). In Italia ne opera uno da oltre 10 anni [Accettazione Medica (AccMed), INRCA, Ancona]: struttura ibrida tra PS ed osservazione breve (6 posti letto), specificatamente dedicata agli anziani, è gestita da geriatri con esperienza in medicina d'urgenza (5000 accessi/anno). Scopo dello studio è stato confrontare, in termini di carat-

teristiche di accesso ed *outcomes* ad 1 e 6 mesi, una popolazione di anziani afferenti ai due PS della città di Ancona: l'AccMed ed un PS/DEA di 3° livello (Azienda Ospedali Riuniti).
Materiali e metodi. Studio prospettico, osservazionale. Criteri di inclusione: età ≥ 65 anni. Criteri di esclusione: accesso per trauma, gravi condizioni cliniche, deterioramento cognitivo severo in assenza di familiari, rifiuto del consenso, precedente reclutamento nello stesso studio. Dati raccolti: età, sesso, stato civile, condizioni abitative, modalità di arrivo, motivo dell'accesso al PS, triage, tempo in PS, diagnosi, ricovero/dimissione. Breve VMD: Charlson Index, SPMSQ e ADL sec. Katz. Il follow-up telefonico è stato realizzato a 30 e 180 giorni verificando mortalità, numero di ritorni in PS e ricoveri, istituzionalizzazione, ADL. *Outcomes* valutati: ritorno in PS entro 1 e 6 mesi; uso frequente del PS (≥ 3 accessi in 6 mesi); mortalità, ospedalizzazione e declino funzionale (perdita di almeno una ADL in soggetti con ADL > 0 al reclutamento) a 6 mesi. I pazienti sono stati suddivisi sulla base del PS di reclutamento; l'analisi statistica è stata condotta mediante test del χ^2, t-test, regressione logistica, Cox-regression.
Risultati. Sono stati reclutati 100 pazienti in ciascun PS. Considerando i 200 soggetti studiati: età media 80.3 ± DS anni, femmine (57.5%), vedovi (40% *vs.* 55% coniugati e 5% nubili), prevalentemente soli al domicilio o con badanti, arrivo in ambulanza (60%), invio da parte del MMG (28.5%) o di un familiare (32.5%), motivo di accesso prevalentemente per patologie mediche (dispnea, dolore addominale e disturbi neurologici i più frequenti), triage (25% codice giallo), ricoveri (58%), durata degenza in PS (9.5 ± 7.6 ore). La VMD ha evidenziato una popolazione complessa e fragile: Charlson Index 3.4 ± 2 (63% punteggio ≥3), 76% almeno 1 ADL persa (1/3 gravemente disabile, ovvero 4-6 ADL perse), SPMSQ 3.85 ± 4 (48% positivo al test, 26% punteggio massimo). I soggetti reclutati in AccMed erano più vecchi (82.5 ± 7.2 *vs.* 78.1 ± 7 anni), più cognitivamente (SPMSQ 5.2 ± 4.2 *vs.* 2.5 ± 3.3) e funzionalmente (ADL 3.2 ± 2.5 *vs.* 4.3 ± 2) compromessi; venivano trattenuti (osservati) più a lungo (12.8 ± 8.5 *vs.* 6.2 ± 4.5 ore). Nonostante questa maggiore complessità e fragilità, gli *outcomes* valutati ad 1 e 6 mesi non differivano tra le due strutture, con, anzi, una tendenza (non statisticamente significativa) ad una minore mortalità nei soggetti visitati in AccMed.
Conclusione. I nostri dati confermano la complessità, ma anche l'appropriatezza dell'utilizzo del PS da parte dei pazienti anziani. Il confronto tra PS convenzionale e PS geriatrico ha evidenziato come quest'ultimo abbia a che fare con una popolazione di utenti decisamente più compromessa: nonostante ciò, gli *outcomes* valutati non sono risultati significativamente differenti, indicandone la non inferiorità e suggerendo possibili vantaggi in termini di mortalità a 6 mesi di un PS geriatrico (AccMed). Ulteriori studi con popolazioni più ampie, possibilmente randomizzati, potranno fornire ulteriori indicazioni sull'utilità e l'efficacia di un servizio di emergenza specificamente dedicato agli anziani.

Bibliografia

Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the Emergency Department: a systematic review of pattern of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med 2002;39:238-47.

Adams JG, Gerson LW. A new model for emergency care of geriatric patients. Acad Emerg Med 2003;10;271-4.

Allucinosi visive come segno di epilessia occipitale nel contesto di una PACNS

S. Giovannini, S. Aquila, C. Palmacci, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. L'allucinosi consiste in un'allucinazione che compare senza stimoli esterni, senza alterazione dello stato di coscienza e che il paziente percepisce come una sensazione irreale facilmente distinguibile dalla vera allucinazione. L'epilessia del lobo occipitale può essere caratterizzata da manifestazioni visive a volte precedute da offuscamento della vista. Sono stati riportati casi di cecità post ictale, mentre in precedenza non è stata documentata alcuna associazione con allucinosi visive (1).
Caso clinico. Descriviamo il caso di una donna di 80 anni che affermava di vedere l'immagine di un gatto che si muoveva silenziosamente nella stanza. Questa percezione, inizialmente sporadica, in pochi giorni era divenuta persistente. La paziente non aveva storia di malattie psichiatriche e la sua vista era sempre stata buona. Nonostante ciò, aveva iniziato ad avere difficoltà ad addormentarsi, riferiva cefalea ed ansia. Aveva iniziato ad assumere bromazepam (1,5 mg) e successivamente era stato associato ad aloperidolo im (2 mg). Una settimana dopo, la paziente riferiva astenia, presentava fasi di delirio e respiro periodico. Durante una di queste pause respiratorie era comparso un intenso spasmo muscolare (senza crisi tonico-clonica) e avevo perso coscienza. La paziente era stato pertanto condotta in terapia intensiva in stato comatoso di grado III con tetraparesi flaccida e bradipnea. L'angio RMN cerebrale aveva documentato solamente una lieve atrofia corticale ed un allargamento dei ventricoli. L'EEG aveva registrato attività di onde theta solo sporadicamente interrotte da onde spike in regione occipitale bilateralmente. In pochi giorni le condizioni cliniche erano migliorate e la paziente era ritornata ad essere cosciente. Con il ripristino dello stato di coscienza, la paziente riferiva la stessa iniziale allucinazione visiva. Temendo che la ricorrenza di allucinosi potesse segnalare una nuova crisi epilettica, alla paziente erano statisomministrati barbiturici (100 mg im al giorno) ed oxcarbazepina (300 mg al giorno). Dopo pochi giorni di trattamento, le allucinosi erano diventate meno persistenti. Quando la paziente aveva raggiunto il dosaggio di 600 mg al giorno di oxcarbazepina, l'immagine del gatto era limitata alla porzione anteriore, mentre, quando aveva raggiunto i 900 mg al giorno l'immagine era limitata solamente alla testa. Dopo sette giorni, l'allucinosi era scomparsa. È stata formulata una diagnosi di angioite primitiva del sistema nervoso centrale (PACNS) come causa scatenante dell'epilessia (2). La paziente aveva rifiutato l'esecuzione di procedure invasive (puntura lombare, angiografia, biopsia cerebrale) necessarie per la diagnosi (3) ed era tornata a casa. Dopo sei settimane di benessere, era tornata per la comparsa della stessa allucinosi visiva. Era stato prescritto prednisone (50 mg al giorno) e lo stato

clinico era migliorato in pochi giorni. Dopo sei mesi di progressiva titolazione della dose e dopo due tentativi falliti di sospensione, si è raggiunto un dosaggio di prednisone di 12,5 mg al giorno. Dopo un anno di trattamento, la paziente gode di ottima salute e non ha più riferito altri episodi di allucinosi.

Conclusione. Questo caso dimostra come la diagnosi di una epilessia occipitale possa essere sospettata in seguito alla comparsa di un'allucinosi visiva. Un'altra caratteristica distintiva del nostro caso è l'evoluzione dell'allucinosi visiva: con l'aumento della dose dei farmaci antiepilettici, è cambiata prima la durata e poi la forma dell'allucinosi fino alla sua totale scomparsa. In conclusione, questo caso dimostra che le allucinosi visive possono essere considerate un equivalente epilettico nel contesto di un disordine cerebrale diffuso.

Bibliografia

1. Panayiotopoulos CP. Visual phenomena and headache in occipital epilepsy: a review, a systematic study and differentiation from migraine. Epileptic Disord 1999;1:205-16.
2. Calabrese LH, Duna GF, Lie JT. Vasculitis in the central nervous system. Arthritis Rheum 1997;40:1189-201.
3. Chu CT, Gray L, Goldstein LB, Hulette CM. Diagnosis of intracranial vasculitis: a multi-disciplinary approach. J Neuropathol Exp Neurol 1998;57:30-8.

Corso di formazione le demenze: progetto di cura e presa in carico del paziente

F. Giuffrida[1], G. Milanese[2], S. Fiorenza[3], M. Dentamaro[4]

[1]Direttore Sanitario Cooperativa O.S.A. Operatori Sanitari Associati; [2]PresidenteCooperativa O.S.A. Operatori Sanitari Associati; [3]Cooperativa O.S.A. Operatori Sanitari Associati; [4]Dirigente Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Introduzione. L'appropriatezza nell'esercizio dell'assistenza domiciliare rappresenta una obiettivo imprescindibile per coniugare le esigenze di efficacia assistenziale con quelle di equilibrio economico.

In tale contesto si colloca l'esperienza della ONLUS Operatori Sanitari Associati (OSA) che, nelle sue attività di formazione ed aggiornamento ha realizzato un corso di formazione per migliorare le conoscenze degli operatori sanitari delle differenti forme di demenza, ma anche per iniziare a considerare le problematiche dei costi economici e umani.

Obiettivi. Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di: *invecchiamento fisiologico e patologico-differenti forme di demenza-conoscenze sulla malattia, espressività cliniche e trattamento-informazioni sulle norme di supporto e tutela.*

Fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di: *problematiche dei costi economici e umani-competenze professionali nelle diverse fasi della malattia-conoscenze delle tecniche utili al mantenimento delle abilità residue-trattamento non farmacologico nel piano di intervento-presa in carico e assistenza efficace nella gestione del paziente.*

Fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di: *ruolo della famiglia e in particolare del caregiver principale nella presa in carico del paziente.*

Metodologia. La strutturazione del corso comprende lezioni frontali con il docente, didattica attiva con l'utilizzo di lavori a piccoli gruppi con produzione di rapporto finale, presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria, filmati, role playing.

Strumenti di valutazione dei risultati

Questionario pre e post test per la valutazione, composto da 26 domande con risposte a scelta multipla di cui una sola corretta, da somministrare in ingresso e uscita dal corso. Il tempo a disposizione per la compilazione del questionario è di 30 minuti.

Per ottenere l'accreditamento, nel questionario di verifica finale il candidato deve rispondere positivamente ad almeno l'80% delle domande.

Risultati. Il corso prevede i seguenti metodi di insegnamento:

- N° 16 ore di lezioni magistrali;
- N° 5 ore per la presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi);
- N° 4 ore di lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto;
- N° 2 ore di Role-Playing.

Il corso prevede 5 giornate così organizzate:

- 1° giorno: *invecchiamento fisiologico e patologico*;
- 2° giorno: *le demenze: clinica e terapia*;
- 3° giorno: *la relazione tra paziente, famiglia e operatori*;
- 4° giorno: *valutazione e intervento multidisciplinare*;
- 5° giorno: *la rete dei servizi.*

Conclusioni. La situazione dei malati di Alzheimer e delle famiglie è altamente drammatica: soffrono di una sostanziale solitudine, hanno pochi punti di riferimento medico, luoghi specifici di cura, servizi territoriali, riconoscimenti e provvidenze economiche, tutela legislativa, chiare indicazioni per un percorso di malattia competente e solidale. Una maggiore conoscenza della malattia permette un uso meno selvaggio e indiscriminato di farmaci contenitivi. La formazione del personale e degli operatori punta a una maggiore conoscenza delle problematiche dell'assistenza del malato, delle necessità dei familiari e dei caregiver e si accompagna ad un miglioramento delle condizioni di vita di malati e familiari e in ultima analisi della qualità di vita.

Per il 2006 l'OSA ha formato 50 soci impegnati nell'assistenza di anziani con problemi di demenza.

Terapie di riabilitazione cognitiva nel complesso parkinson-demenza nell'anziano. Caso clinico

A. Giunta, M. Ferlisi, A. Lo Bue, A. Di Prima, G. Belvedere,G. Bellavia, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Scopo. Nell'anziano con deterioramento mentale lieve l'intervento riabilitativo è volto alla riattivazione del paziente attraverso il recupero, il mantenimento e l'ottimizzazione delle sue diverse funzioni: cognitività, linguaggio, sonno, affettività, motricità. Per quanto riguarda in particolare la

riabilitazione delle funzioni cognitive non è più giustificabile l'atteggiamento negativistico del passato soprattutto da quando ne è stata dimostrata l'efficacia nella demenza di Alzheimer, anche se limitatamente alle fasi iniziali della malattia. In questo ambito le metodologie più comunemente utilizzate fanno essenzialmente riferimento a due diverse modalità di intervento: la ROT (Reality Orientation Therapy) e la riabilitazione della memoria. Si riporta un caso clinico di Parkinson-demenza in soggetto ultraottantenne, significativo della possibilità di una, sia pur parziale, riabilitazione cognitiva.
Caso Clinico. Uomo di a. 83, ricoverato nel mese di marzo 2005 per stato stuporoso. In anamnesi: diagnosi di parkinsonismo vascolare da circa 10 anni con sintomi conclamati da 5 anni in trattamento con levodopa/benserazide 300mg/die. Impianto di PM nel febbraio 2003 a seguito di episodio sincopale per malattia del seno carotideo. Da tale data si ha perdita progressiva delle funzioni cognitive con deficit della memoria, disorientamento spazio-temporale. Mantiene l'orientamento rispetto alle persone. Per graduale perdita delle ADL il paziente è allettato ed è assistito da caregiver. Dal 2004, in seguito a frequenti allucinazioni e deliri persecutori, inizia trattamento con sodio valproato (posologia imprecisata) e risperidone (1mg/die), senza beneficio. Obiettività all'ingresso Paziente in stato stuporoso,non responsivo agli stimoli verbali, responsivo a stimoli dolorosi di media entità. PAO 90/50 mmHg. Al torace presenza di rantoli a piccole e medie bolle nei campi mediobasali. Non edemi declivi. Ulcera sacrale II-III stadio. Sarcopenia. Il laboratorio mostra una leucocitosi neutrofila (GB 19.920; N 89,4%),HB 11,4g/dl). TAC cerebrale (s.c.) IV ventricolo eumorfico in asse;ampliamento in senso atrofico del sistema ventricolare sopratentoriale e degli spazi liquorali periencefalici della base e della volta; ipodensità della sostanza bianca periventricolare e dei centri semiovali da deficit cronico di flusso; assenza di spandimenti ematici intra ed extra assiali e di lesioni ischemiche di recente insorgenza; struttura della linea mediana in asse. MMSE: 8/30. Unified Parkinsons Disease Rating Scale (UPDRS): 160/199. Stadiazione Modificata di Hoehn & Vahr: stadio 5. Il paziente, oltre alle terapie mediche e fisioterapiche ha iniziato riabilitazione cognitiva con discreto successo.
Risultati. Obbiettività alla dimissione:Paziente vigile, responsivo agli stimoli verbali. PAO 110/70 mmHg. Al torace murmure vescicolare ridotto su tutto l'ambito, assenza di rumori umidi. Permane l'ulcera sacrale (II° stadio). MMSE: 10/30. UPDRS: 130/199.
Conclusioni. Il fine del trattamento cognitivo è quello di ampliare le capacità del paziente di cogliere le informazione che sono contenute negli stimoli e rieducare le modalità attraverso le quali le informazioni viene rielaborata e memorizzata. Tramite specifici programmi neurocognitivi si valuta e stimolano le capacità organizzative spazio-temporali, abilità di pensiero strategico,comprensione delle diverse soluzioni. La terapia occupazionale consiste in una serie di pratiche che incorporano una grande quantità di tecniche di intervento allo scopo di ottenere significativi miglioramento dei comportamenti funzionali, permettendo una restituzione di abilità perdute o danneggiate o mai acquisite.

Prevalenza di sindrome metabolica in una popolazione di anziani afferenti ad un DH geriatrico

P. Golotta, D. Ferrari, A.M. Renda, G. Battaglia

Medicina dell'Invecchiamento - S.O. Soriano Calabro, A.S.P. Vibo Valentia

Premessa. La Sindrome Metabolica (S.M.) è caratterizzata dalla contemporanea presenza di molteplici fattori di rischio cardiovascolare quali l'IA, l'aumentata resistenza insulinica, l'ipertrigliceridemia, il basso livello di HDL-colesterolo, l'obesità viscerale e l'alterata tolleranza al glucosio o diabete mellito di tipo 2°. Nel nostro studio abbiamo valutato la prevalenza di S.M. in una coorte di ricoverati con qualsiasi diagnosi di ricovero.
Obiettivo dello Studio. Valutare il peso delle variabili di rischio cardiovascolare in questi pz, sottoposti a follow-up.
Materiali e metodi. L'osservazione clinica è stata condotta in un periodo che va dal 1° Gennaio 2006 al 30 Aprile 2007. Sono stati individuati 162 pz affetti da S.M. utilizzando i criteri dell'OMS. Nei pz sono stati rilevati: 1) L'abitudine al fumo, la familiarità per malattie cardiovascolari, diabete mellito o alterata tolleranza glucidica, ipertensione arteriosa, dislipidemie; 2) eventuali comorbilità; 4) anamnesi farmacologia. Sono stati rilevati il peso corporeo, l'altezza, il BMI. Tutti i pz sono stati sottoposti ad una batteria di esami, compresi Colesterolo tot., HDL-Col, LDL, Trigliceridi, Uricemia e Glicemia, Microalbuminuria.
Risultati. Dall'analisi dei dati la prevalenza dei pz con S.M. sul totale dei ricoveri è risultata essere del 13,50%, di questi il 32,10% M e il 67,90% F. L'età media di tutti i soggetti affetti da S.M. è risultata di 75 ± 6 aa. La prevalenza dei soggetti fumatori è stata del 20,37%, gli ipertesi sono risultati il 99,38% dei soggetti studiati, mentre gli obesi il 94,44%, i diabetici il 91,36%, i dislipidemici il 66,67%.
Conclusioni. Anche nella popolazione anziana risultano essere in aumento le patologie che costituiscono la S.M. Dei 58 milioni di morti del 2006 nel Mondo, 35 milioni sono stati affetti, secondo la relazione dell'OMS, da malattie croniche. L'ipertensione, la dieta ipercalorica (iperglicemica e iperlipidica) e l'obesità, anche nel soggetto anziano, rappresentano i fattori di rischio che condizionano in maniera negativa la prognosi quod vitam ma anche quod valitudinem. La bassa percentuale rilevata per il fumo è stata condizionata dal fatto che la maggior parte dei soggetti studiati erano ex fumatori.

Dalla medicina alternativa al defibrillatore impiantabile. Un caso clinico

C. Golzio, A. Morrione, A. Landi, A. Maraviglia, F. Caldi, T. Cellai, A. Ungar

Centro per lo studio della Sincope, Cardiologia Geriatrica, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

R.R. di 72 anni
Anamnesi patologica remota. All'età di 22 anni episodio sincopale senza prodromi con riferito rilievo all'elettrocardiogramma di alterazioni aspecifiche della conduzione.
All'età di 40 anni ricovero per pancreatite acuta in sospetto potus; il paziente ha continuato ad assumere birra.

Ha inoltre eseguito da allora periodici controlli da uno specialista omeopata modificando lo stile di vita e l'alimentazione.
All'età di 48 anni riscontro occasionale all'elettrocardiogramma di blocco completo della branca sinistra, non seguito da accertamenti specifici.
All'età di 55 anni riscontro ecocardiografico di iniziale disfunzione ventricolare sinistra con diagnosi di cardiomiopatia ipocinetico dilatativa allo stadio iniziale; non fu iniziata alcuna terapia specifica ma solo consigliata una riduzione dell'assunzione della birra.
All'età di 69 anni eseguì una scintigrafia miocardica con dimostrazione di dilatazione e di disfunzione ventricolare sinistra con bassa probabilità per eziologia ischemica.
Anamnesi patologica prossima. All'età di 72 anni (luglio 2006) episodio sincopale mentre era in piedi al telefono, senza prodromi, a rapida regressione, ma complicato da trauma cranico con ematoma. Non fu eseguito alcun accertamento e furono consigliati "fiori di bach" per una più rapida regressione della lesione emorragica. Ad una visita quasi occasionale di 10 giorni dopo rilievo all'elettrocardiogramma di marcata bradicardia sinusale (FC 33 bpm) con ritmo bigemino ventricolare costante. Il paziente è stato quindi ricoverato e, per indagare l'eziologia della cardiomiopatia dilatativa è stato sottoposto a studio angiografico coronarico con rilievo di coronaropatia bivasale per stenosi critica ostiale dell'arteria interventricolare anteriore e del primo ramo marginale in un quadro di dominanza sinistra.
In considerazione della persistente bradicardia associata a blocco completo della branca sinistra e della confermata disfunzione ventricolare sinistra (FE 42%, verosimilmente sovrastimata per la presenza di bigeminismo ventricolare fisso), prima di trattare la coronaropatia, è stato eseguito impianto di pace maker defibrillatore (in accordo con le linee guida sulla morte cardiaca improvvisa (1)). Successivamente il paziente è stato sottoposto ad angioplastica percutanea delle lesioni coronariche. È stato quindi dimesso in terapia con aspirina, clopidogrel, ACE-inibitori e beta-Bloccanti. Il paziente è rimasto asintomatico fino all'ottobre 2006 quando ha presentato un nuovo episodio sincopale per tachicardia ventricolare ad elevata frequenza ventricolare interrotta da DC shock.
Discussione. la sincope improvvisa con traumi, in particolare in pazienti con cardiopatia basale, deve sempre essere valutata attentamente e trattata tempestivamente. La gestione di questo paziente rivela come la diffusione delle linee guida per la diagnosi ed il trattamento della sincope non sia ancora sufficiente. Inoltre, in questo specifico caso, si poneva il problema dei tempi dell'iter diagnostico, in particolare nella esecuzione della coronarografia prima di uno studio elettrofisiologico vista la disfunzione ventricolare sinistra. Un eventuale studio di inducibilità di aritmie ventricolari in questo paziente sarebbe infatti risultato ad altissimo rischio, vista la severa coronaropatia sottostante. Peraltro, una volta chiarita la genesi verosimilmente sia ischemica che alcolica della cardiopatia, è stato deciso di impiantare direttamente un Pace-maker defibrillatore, prima della procedura di rivascolarizzazione miocardica percutanea.

BIBLIOGRAFIA

1. Priori SG, Aliot E, Bløms trom-Lundqvist C, Bossaert L, Breithardt G, Brugada P et all. Task Force on Sudden Cardiac Death, European Society of Cardiology. Europace 2002;4:3-18.

L'analisi spettrale della frequenza cardiaca nel soggetto anziano sano e anziano iperteso

D. Gonella, M. Panzalis, F. Tricerri, N. Vello, D. Pugliese, G. L. Viviani, P. Odetti

U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Interna e Spec. Mediche, Università di Genova

Scopo. L'analisi spettrale della frequenza cardiaca è ormai metodica consolidata nella stratificazione del rischio cardiovascolare dei pazienti post-infartuati (1), nel follow-up dei soggetti con scompenso cardiaco cronico (2) e nella diagnosi di neuropatia autonomica diabetica (3), anche in fase subclinica. Negli ultimi anni è stata utilizzata anche per elucidare la fisiopatologia di alcune condizioni cliniche, quali l'ipertensione arteriosa essenziale (4), la fibrillazione atriale (5), la sindrome da apnee morfeiche (6) e la reinnervazione autonomica cardiaca nel post-trapianto (7). Nonostante la letteratura riporti numerosi studi sull'ipertensione arteriosa essenziale dell'adulto e sull'ipertono simpatico come causa della stessa (8, 9, 10) postulandone un ruolo anche nella patogenesi della sindrome metabolica, la tematica dell'ipertensione nell'anziano è stata considerata solo marginalmente (11) senza focalizzare l'attenzione sulle alterazioni della HRV (Heart Rate Variability) potenzialmente presenti nella forma di ipertensione arteriosa più frequente in questa fascia d'età, l'ipertensione sistolica isolata.
Materiali e metodi. Abbiamo confrontato due campioni di soggetti, suddivisi in tre classi di età (65-72 anni, 72-80 anni, e maggiore di 80 anni), composti da anziani non ipertesi (nHT = 38; PAS = 119,9 ± 8,737; PAD = 75,53 ± 5,426) e anziani ipertesi (HT = 42; PAS = 156,9 ± 8,622; PAD = 89,88 ± 7,282). Le varie classi di età sono state numerate in senso crescente e definite come gruppo 1, 2, 3 per i soggetti nHT, e 4, 5, 6 per i soggetti HT. Sono stati esclusi i soggetti con diabete mellito, cardiopatie organiche, aritmogene, broncopneumopatie croniche ostruttive, vasculopatie o endocrinopatie.
Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad analisi spettrale della frequenza cardiaca eseguita in tempo reale, in condizioni di riposo e clinostatismo. Per ogni paziente sono state prese in considerazione le due variabili spettrali Potenza Totale (PT) e rapporto LF/HF. La correlazione età – Potenza ed età – LF/HF è stata indagata con la metodica di regressione lineare e la significatività statistica delle medie e delle deviazioni standard dei dati riportati è stata valutata con il test t di Student per variabili indipendenti applicato ai dati di medesime classi di età nell'ambito dei due diversi campioni e di diverse classi di età nell'ambito di uno stesso campione.
Risultati. Nel gruppo 1 la correlazione età-PT è maggiore anche se non raggiunge il limite della significatività (P = 0.08), mentre, nel gruppo 2 e 3 la correlazione si perde e i valori appaiono molto più dispersi. Nei gruppi 4, 5 e 6 la

PT decresce con l'età raggiungendo valori significativamente inferiori rispetto a quelli degli anziani nHT (2 > 4 e 3 > 6; P = 0.0061 e P = 0.0305). Il parametro LF/HF, espressione del bilancio simpato-vagale, nel gruppo 2 subisce un incremento correlato all'età (P = 0.0093), mentre nei gruppi 4,5 e 6 non presenta alterazioni di rilievo e non vi sono differenze significative tra le varie classi di età prese in considerazione.

Conclusioni. Nei soggetti anziani nHT la correlazione età-PT tende a perdere la propria linearità nelle fasce di età più avanzata. La nostra opinione è che la potenza spettrale dell'HRV possa essere considerata un marker positivo di sopravvivenza e che risulti ridotta in modo direttamente proporzionale al numero e alla gravità delle patologie presenti.

Questo studio suggerisce, pertanto, che la "selezione naturale" colpisca preferibilmente i soggetti con una potenza ridotta e che, viceversa, coloro che presentano una potenza totale elevata vengano selezionati positivamente divenendo survivors.

La PT decresce maggiormente nel soggetto anziano iperteso rispetto al soggetto anziano sano indicando che l'ipertensione coopera con l'invecchiamento nell'alterare la funzione del sistema nervoso autonomo.

Il rapporto LF/HF mostra una forte correlazione con l'età nel gruppo dei nHT fra i 72 e gli 80 anni. Tale correlazione si caratterizza per un incremento del rapporto proporzionale all'età. In questa fase avverrebbe uno sbilanciamento del sistema simpato-vagale con incremento relativo dell'output simpatico, fattore predisponente alla patologia cardio- e cerebro-vascolare. Nel gruppo 1 l'elevata rappresentazione della componente parasimpatica, destinata in una parte dei soggetti ad esaurirsi convertendosi in simpatica, non farebbe emergere un significativo incremento del rapporto LF/HF.

Le alterazioni del rapporto LF/HF, osservabili nell'adulto iperteso, sono meno evidenti nell'anziano HT con differenze non significative fra le varie classi di età ad indicare che la patogenesi dell'ipertensione nell'anziano dipende verosimilmente da un'alterata compliance della parete vasale oltrechè da alterazioni del sistema nervoso autonomo.

Bibliografia

1. Br Heart J 1991;65:14-9.
2. Am J Cardiol 1997;79:1645-50.
3. J Auton Nerv Syst 1988;23:143-53.
4. Hypertension 2003;42:1106-11
5. Biomed. Papers 2004;148(1),63-7.
6. Circulation 1999;100:1411-5.
7. Clin Sci (Colch.) 1994;86:537-45.
8 Auton Neurosci 2001;90(1-2):76-82.
9. Am J Hypertens 1996;9:113S-120S.
10. Hypertension 1998;32:293-7,
11. Hypertens Res 1996;19:9-16.

Fragilità dell'anziano ed equilibrio REDOX

A. Greco[1], G. Serviddio[2], F. Sica[2], M. Montrano[2], G. Vendemiale[1 2]

[1]Unità Operativa Complessa IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG); [2]Cattedra e Scuola di Specializzazione di Geriatria Università di Foggia

Scopo. La fragilità dell'anziano può essere definita come una sindrome biologica caratterizzata da una riduzione delle difese e delle resistenze allo stress e provocata dal declino di più sistemi biologici. Anche se attualmente tale declino è concettualizzato con la comparsa di segni e sintomi clinici una sempre crescente attenzione viene posta nella ricerca di marcatori biologici di fragilità soprattutto nell'ambito dei mediatori della flogosi. Nonostante siano ben note le relazioni tra il processo d'invecchiamento e le altrazioni dell'omeostasi ossidoriduttiva pochi dati esistono sul ruolo che le alterazioni dell'equilibrio redox possono giocare nel facilitare il determinismo della fragilità dell'anziano

Lo scopo del nostro studio è stato valutare se i livelli sierici del glutatione ridotto ed ossidato, noti marcatori dello stato ossido-riduttivo, siano significativamente diversi in soggetti anziani con e senza fragilità fisica.

Materiali e metodi. Tra tutti i pazienti anziani ricoverati consecutivamente presso l''Unità Operativa di Medicina Interna dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza nel periodo Marzo-Maggio 2007 è stato selezionato un campione di 42 soggetti; (27 maschi e 15 femmine) sulla scorta dei seguenti criteri: consenso informato a partecipare allo studio; età > 65 anni; assenza di alterazioni fisiche o funzionali in grado di rendere non valutabili gli items della scala della fragilità di Fried (1).

In tutti i pazienti dichiarati eleggibili allo studio è stata valutata la presenza di "fragilità" fisica definita secondo i criteri di Fried dalla presenza di almeno 3 positività tra i seguenti 5 items:

- perdita di peso (4.5 Kg nell'ultimo anno), affaticamento (riferito senso di fatica in almeno 3 gg/settimana);
- ridotta forza muscolare (hand grip, meno di 5.8 Kg nell'uomo e 3.4 Kg nella donna), ridotta attività fisica;
- (tramite Phisical Activity Scale for the Elderly, PASE), ridotta velocità del cammino (< di 4.6 m in 7 sec).

Negli stessi pazienti è stata inoltre eseguita una valutazione dello stato redox attraverso la misurazione spettrofotometrica dei livelli sierici del glutatione ridotto (GSH).ed ossidato (GSSG).

La presenza di stress ossidativo è stato definita dalla presenza di livelli di GSH inferiori a 15 μM. e di GSSG superiore a 3 μM. Tale cut off è stato definito sulla base della distribuzione interquartilica.dei valori di tali parametri.

Sulla base della presenza/assenza della fragilità il campione dei pazienti è stato suddiviso in due gruppi: gruppo1 – soggetti senza fragilità fisica (n. 19); gruppo 2 – soggetti con fragilità fisica (n. 23).

Risultati. L'età media dei soggetti studiati è stata di anni 77.6 ± 4.5.

Il valore medio del GSH è stato 36.0 ± 16.9 μM e quello del GSSG di 4.3 ± 4.6 μM. Non si sono osservate significative correlazioni tra GSH,GSSG ed età.

I due gruppi sono risultati omogenei per sesso (gruppo 1 15M/8F *vs.* gruppo 2 9M/10F) ed età (gruppo 1 76.5 ± . 4.5 *vs.* 7gruppo2 8.7 ± 4.3 p NS).

I valori del GSH e del GSSG sono stati rispettivamente: GSH gruppo1: 36.5 ± 12.3 *vs.* gruppo2: 35.3 ± 22.3, GSSG gruppo1: 3.6 ± 2.7 *vs.* gruppo2: 4.8 ± 2.1.
Èstata osservata una differenza significativa tra i due gruppi in relazione alla presenza di soggetti con stress ossidativo sia per il GSH (gruppo1: 22 /1 *vs.* gruppo2: 13/6 $p < 0.02$) che per il GSSG (gruppo1 15/8 *vs.* gruppo2 7/12 $\chi 2$ 5.2 $p < 0.02$).
Conclusione. I dati del nostro studio evidenziano come i parametri biochimici, espressione di stress ossidativo, presentino una maggiore alterazione nei soggetti anziani fragili rispetto ai non fragili di pari età e che siano maggiormente condizionati dalla presenza di fragilità fisica piuttosto che dall'età.

Bibliografia

1. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Gurainik Jm, Newman AB, Studensky SA, Ershler WB, Harris T, Fied LP. Research agenda for frialty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/national Institute on Aging Research conference on frialty in Older Adults. JAGS 2006;54:991-1001.

Variazioni della pressione arteriosa mattutina e progressione del processo aterosclerotico nella popolazione anziana

R. Grella, F. Di Pasquale, E. Quaranta, S. Attanasio, C. Bologna, B. Grella, V. D'Alessandro, A.M. Abbatecola, R. Vestini, M.R. Rizzo, M. Barbieri, R. Marfella

VI Divisione di Medicina Interna e malattie nutrizionali dell'invecchiamento, Seconda Università degli studi di Napoli, Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo

Scopo. Non è noto se le variazioni della pressione arteriosa mattutina influenzino i meccanismi molecolari della progressione della placca verso l'instabilità. Recentemente abbiamo dimostrato un aumento dell'attività del sistema ubiquitina-proteosoma nelle placche umane ed abbiamo evidenziato che essa è associata alla rottura di placca indotta dall'infiammazione.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato l'infiltrazione infiammatoria e l'attività del sistema ubiquitina-proteosoma in placche carotidee asintomatiche di pazienti ipertesi con diversi patterns di fluttuazioni pressorie mattutine. Abbiamo ottenuto placche da 32 pazienti ipertesi senza fluttuazioni pressorie mattutine e da 28 pazienti con fluttuazioni pressorie mattutine arruolati per sottoporsi a tromboendoarterectomia carotidea per una stenosi della carotide interna extracranica di alto grado (> 70%). Le placche sono state analizzate per macrofagi, linfociti T, cellule HLA-DR +, attività ubiquitina-proteosoma, fattore nucleare-kappaB, inibitore kappaB-β, TNF-alfa, nitrotirosina, MMP-9 e contenuto di collagene (immunoistochimica ed ELISA).
Risultati. Confrontate con le placche ottenute da pazienti ipertesi senza fluttuazioni pressorie mattutine, le placche di pazienti con fluttuazioni pressorie mattutine hanno più macrofagi, linfociti T, cellule leucocitarie DR + ($P < 0,001$), attività ubiquitina-proteosoma, TNF-alfa, NF-kappaB ($P < 0,001$), nitrotirosina, MMP-9 ($P < 0,01$), insieme ad un minor contenuto di collagene e livelli di inibitore-kappaB ($P < 0,001$).
Conclusione. L'aumentata attività del sistema ubiquitina-proteosoma nelle lesioni aterosclerotiche dei pazienti con fluttuazioni pressorie mattutine è associata al fenotipo di placca instabile infiammazione-dipendente. Questi dati suggeriscono una potenziale interazione tra le fluttuazioni pressorie mattutine e l'attività del sistema ubiquitina-proteosoma nella fisiopatologia aterosclerotica.

Bibliografia

1. Muller JE, Stone PH, Turi ZG, Rutherford JD, Czeisler CA, Parker C, et al; the MILIS Study Group. Circadian variation in the frequency of onset of acute myocardial infarction. N Engl J Med 1985;313:1315-22.
2. Kario K, Pickering TG, Umeda Y, Hoshide S, Hoshide Y, Morinari M, et al. Morning surge in BP as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives. A prospective study. Circulation 2003;107:1401-6.
3. Marfella R, Siniscalchi M, Nappo F, Gualdiero P, Esposito K, Sasso FC, et al. Regression of carotid atherosclerosis by control of morning blood pressure peak in newly diagnosed hypertensive patients. Am J Hypertens. 2005;18:308-18.
4. Herrmann J, Ciechanover A, Lerman LO, Lerman A. The ubiquitinproteasome system in cardiovascular diseases-a hypothesis extended. Cardiovasc Res 2004;61:11-21.
5. Marfella R, D'Amico M, Esposito K, Baldi A, Di Filippo C, Siniscalchi M, et al. The ubiquitin-proteasome system and inflammatory activity in diabetic atherosclerotic plaques: effects of rosiglitazone treatment. Diabetes. 2006;55:622-32.
6. Marfella R, D'Amico M, Di Filippo C, Baldi A, Siniscalchi M, Sasso FC, et al. Increased activity of the ubiquitin-proteasome system in patients with symptomatic carotid disease is associated with enhanced inflammation and may destabilize the atherosclerotic plaque: effects of rosiglitazone treatment. J Am Coll Cardiol 2006;47:2118-120.

Gli effetti sistemici di un intervento di Pet Therapy all'interno di una struttura per anziani

D. Grenzi[1], A. Romei[2], M. Bernardi[3], A. Gennari[5], G. Bertacchini[3], G. Mantovani[3], C. Bonte[5], S. Mastrodonato[3], P. Zucchi[4], M. Turci[4], A. Fabbo[4]

[1] Cooperativa Sociale Lunenuove - Campogalliano (MO); [2] Associazione Chiaramilla – Bologna; [3] IPAB A. Modena - sez. Villa Richeldi Concordia (MO); [4] U.O. Salute Anziani, AUSL Modena, Distretto di Mirandola (MO); [5] AUSL Modena, Distretto di Mirandola (MO)

Scopo. Ormai da alcuni anni, anche in Italia, si assiste a sempre più frequenti interventi di Pet Therapy all'interno di strutture protette e centri diurni per anziani.
Il neologismo anglosassone 'Pet Therapy' viene utilizzato per indicare termini più corretti quali "attività svolte con l'ausilio di animali" (AAA) e "terapie svolte con l'ausilio di animali" (TAA) (1).

Le prime, hanno come obiettivo il *miglioramento della qualità della vita* e vengono somministrate in gruppo, le seconde invece, come indica il termine stesso, sono vere e proprie terapie che vengono dirette a soggetti singoli e seguono protocolli specifici. All'interno delle strutture per anziani, il 90% degli interventi si riferisce alla tipologia AAA e vengono somministrati a gruppi di 10-20 persone con la presenza di 2-5 operatori della struttura oltre a 1-2 operatori di Pet Therapy. Questo dato ha portato ad aumentare le ricerche atte ad analizzare gli effetti sistemici degli interventi di Pet Therapy. In particolare ci si è focalizzati sul verificare se, oltre all'obiettivo di miglioramento della qualità della vita per gli anziani, si potesse raggiungere un miglioramento nella motivazione al lavoro per gli operatori.
L'esperienza qui riportata si pone l'obiettivo di evidenziare come un intervento di AAA, effettuato presso una struttura residenziale per anziani, possa allargare i suoi effetti benefici non solo al gruppo di anziani coinvolti ma anche agli operatori della struttura stessa
Metodologia. L'intervento di Attività Assistite dagli Animali effettuato presso la struttura residenziale per anziani IPAB "A. Modena" – sez. "Villa Richeldi" di Concordia s/S. ha avuto una durata di 5 mesi ed ha coinvolto 27 anziani, 3 operatori della struttura, 2 operatori di pet therapy e 7 cani. Il gruppo di anziani era costituito da 20 donne e 7 uomini di età media di 82 ± 5,6 anni; l'85% presentava, al momento dell'inserimento nell'attività, una sintomatologia ansioso depressiva calcolata con il test GDS (Geriatric Depression Scale). Il gruppo di operatori della struttura era costituito da un'animatrice, una fisioterapista e un'assistente socio assistenziale. Il team di Pet Therapy era costituito da una psicologa, un operatore pet partner e sette cani.
Prima di iniziare l'intervento diretto con i cani sono stati effettuati 3 incontri con gli operatori della struttura in cui sono state raccolte, attraverso interviste guidate, condotte dalla psicologa, le storie di vita loro e degli anziani, in rapporto alla relazione con gli animali. Gli incontri diretti con i cani si sono protratti per 4 mesi con cadenza settimanale e hanno registrato un'alta partecipazione sia da parte degli anziani (l'85% a più del 70% delle sedute) che degli operatori (animatrice 100%, fisioterapista 90%). Durante ogni seduta sono state redatte griglie osservative che riportavano parametri legati al benessere degli anziani e degli operatori. A metà e fine del progetto sono state condotte altre 2 interviste guidate, agli operatori della struttura, al fine di mettere in relazione i 3 livelli di risposte.
Risultati. Considerato che l'obiettivo principale degli interventi di AAA è legato al miglioramento della qualità della vita il cui punto focale è il benessere soggettivo (2); abbiamo misurato tale parametro, sia sugli anziani che sugli operatori, attraverso griglie osservative che analizzavano le espressioni emotive positive quali: sorriso, parole d'apprezzamento, espressioni affettuose, ricerca di contatto fisico con l'animale, apertura al dialogo; in rapporto alle espressioni emotive negative quali: posture di chiusura, parole svalutanti, espressioni di rifiuto, richieste di uscire dal setting. I risultati evidenziano un utilizzo di espressioni positive al 90% superiore di quelle negative.
Conclusioni. La ricerca qui presentata ha analizzato il benessere soggettivo (subjective weelbeing nella letteratura anglosassone) ottenuto da un progetto di AAA nella sue componenti, emotiva e cognitiva, sia in relazione agli anziani che agli operatori.
La componente cognitiva, del benessere soggettivo, verificata attraverso il giudizio positivo dato dagli operatori, rilevato attraverso interviste guidate, prima durante e a fine percorso, conferma gli effetti sistemici benefici delle Attività Assistite dagli Animali condotti secondo un modello relazionale psicodinamico come quello qui adottato.

BIBLIOGRAFIA

1. Natoli E. Attività e terapie attuate con l'ausilio di animali (pet therapy) quadro internazionale e stato dell'arte in Italia, Ann. Ist. Sup. Sanità, vol. 33, n. 2, 1997.
2. Goldwurn GF. Qualità della vita e benessere psicologico, Milano Mc Graw-Hill Italia 2004.

Esperienza di quattro anni di attività in cure palliative domiciliari: difficoltà, punti di forza e prospettive future nell'assistenza al paziente anziano

A.R. Grieco, T. Cillis, F. Dinardo, M. Renzullo, G.B. Bochicchio, P. Quaranta, R. Autunno, T. Tartaglia, R. Digrisolo, C. Glionnai, G. Corona

Unità di Terapia del Dolore, Cure Palliative e Oncologia Critica Territoriale – ASL 1 – Ospedale di Melfi (PZ)

Con il progressivo invecchiamento della popolazione e la presa di coscienza sempre maggiore di nuovi bisogni assistenziali è cambiata la percezione corrente del ruolo delle cure palliative: divenute più flessibili ed in grado di inglobare tutti gli aspetti sanitari, psicologici e socio-assistenziali del paziente terminale. Con questi presupposti, la nostra attività di cure palliative domiciliari, rivolta non solo a pazienti oncologici ma anche a cronici non oncologici, è cresciuta inglobando la cura del dolore, della nutrizione, delle infezioni intercorrenti, la pratica di emotrasfusioni e la cura delle piaghe da decubito. Inoltre si è aggiunta una collaborazione di figure professionali multidisciplinari per rispondere non solo ai disagi sanitari ma anche psicologici e socio-assistenziali dell'individuo e della famiglia.
Scopo dello studio. Identificare i fattori prognostici utili nella previsione della sopravvivenza dei pazienti terminali al fine di migliorare e standardizzare le strategie di terapia e di assistenza.
Materiali. In quattro anni abbiamo seguito 649 pazienti di cui 511 oncologici e 138 cronici non oncologici; abbiamo esaminato per ogni singolo anno le molteplici problematiche sanitarie e psicologiche: il dolore e la terapia farmacologica, lo stato di malnutrizione e la nutrizione parenterale ed enterale, valutato e curato le infezioni intercorrenti, trasfusioni, prevenzione e cura delle piaghe da decubito, depressione, stati d'ansia e dinamiche familiari disfunzionali.
Conclusioni:I dati raccolti sono stati comparati tra i pazienti oncologici e cronici non oncologici e longitudinalmente nei vari anni considerati (dal 2003 al 2006). Da quanto riportato nella letteratura internazionale è chiaramente necessario ricorrere all'integrazione di più criteri per formulare un giudizio prognostico affidabile. Ci siamo

avvalsi non solo dei dati raccolti dalle cartelle cliniche ma anche dell'utilizzo di tests standardizzati quali: Karnofsky Performance Status (KAR), Mini-Nutritional-Assessment (MNA), Visual Analogue Scale (VAS), Geriatric Depression Scale (GDS).

Delirium in anziani con stroke: fattori di rischio, comorbilità, stato funzionale, mortalità

A. Grippa, F. Caronzolo, M.G. Accetta, L. Fontana, G. Lombardo, P. Crescenti, T. Pipicella, F. D'Amico

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Area Critica di Geriatria, P.O. Patti, Azienda USL n. 5 Messina

Scopo. Tra gli anziani ospedalizzati si rileva un'alta incidenza di delirium, condizione clinica che si identifica in una alterazione acuta e fluttuante dello stato psichico, con disturbi dell'attenzione e dello stato di coscienza. Si stima che nelle Divisioni di Medicina e Geriatria fra i pazienti con età superiore ai 70 anni il 10-20% ha Delirium all'ammissione ed un altro 10-20% di casi si verifica durante la degenza; nella degenza in reparti intensivi o subintensivi l'incidenza sale al 60%. Tra i fattori di rischio oltre l'età incidono la comorbilità e la polifarmacoterapia, e tra i fattori precipitanti molti eventi clinici acuti, oltre che improvvisi cambiamenti di ambiente.
Lo scopo dello studio consiste nell'individuare tra un gruppo di anziani ricoverati per Stroke in una Unità Operativa di Geriatria quelli con episodio di Delirium al momento del ricovero (prevalente) e studiare in questi pazienti:
- tipologia del Delirium;
- stato cognitivo;
- stato funzionale al momento del ricovero ed alla dimissione;
- comorbilità;
- mortalità a 6 mesi.

Rispetto ad una popolazione anziana ricoverata per Stroke che non ha presentato episodi di Delirium.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 40 anziani ricoverati nel periodo Luglio – Dicembre 2006 nella U.O. di Geriatria del P.O. di Patti, con diagnosi di ammissione di Ictus cerebrale o comunque di evento cerebrovascolare acuto. A tutti gli anziani venivano somministrati all'ingresso ed alla dimissione la scala Confusion Assessment Method (CAM), i tests funzionali e psicometrici e la CIRS. Dopo 6 mesi dal ricovero veniva verificata l'eventuale mortalità.
Risultati. Sulla base della scala CAM venivano distinti 2 gruppi: Gruppo A (23 soggetti, M 4, F 19) in cui era presente Delirium, Gruppo B (17 soggetti, M 5 F 12) che non presentavano all'ingresso stato confusionale acuto.
Nei soggetti che presentavano Delirium questo si manifestava all'ingresso in ospedale in forma ipercinetica nel 35% dei casi, ipocinetica nel 45% dei casi, con andamento fluttuante nei restanti casi. I soggetti con Delirium hanno presentato rispetto agli altri una maggiore durata del periodo di degenza (12,3 giorni nel gruppo A in media rispetto a 7,4 del gruppo B). Tra i soggetti con una più lunga degenza 12 di loro hanno presentato Delirium incidente in un periodo successivo ai primi 3 giorni di ricovero (tutti erano stati trattati con aloperidolo). Tra i soggetti del gruppo A si rilevava inoltre una maggiore severità alla CIRS per patologie cardiovascolari (media 3,9) rispetto al gruppo B (2,7).
Conclusioni. Il Delirium prevalente risulta un fattore prognostico negativo indipendente in soggetti affetti da Stroke, risultando essere associato all'età, ad una maggiore comorbilità ed ad un maggior grado di dipendenza. Risulta inoltre predittivo di Demenza e di una aumentata mortalità, rispetto a soggetti con Stroke che non hanno presentato Delirium.

Instabilità clinica e delirium come predittori di outcome in una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un reparto riabilitativo

F. Guerini[1 2], F. Magnifico[1 2], E. Lucchi[1 2] A. Marrè[1 2], R. Turco[1 2], S. Speciale[1 2], E. Barisione[1 2], G. Bellelli[1 2], M. Trabucchi[2]

[1]UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona; [2] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Il numero di pazienti dimessi da reparti per acuti verso setting riabilitativi con instabilità clinica (IC) e delirium (D) è significativamente aumentato dopo l'implementazione del sistema DRG. Tuttavia, gli studi finalizzati alla rilevazione ed alla gestione dell'IC associata a D in riabilitazione sono scarsi. Obiettivo di questo studio è valutare l'associazione tra IC e D all'ammissione in un reparto di ria-

	Delirium (Gruppo A)	No delirium prev. (Gruppo B)
Numero Soggetti	23	17
Tipologia Ictus	Ischemico (21) Emorragico (2)	Ischemico (17) Emorragico (0)
Età Media	79 ± 8	75 ± 9
Barhel Index stimato a domicilio (media)	55	65
Barhel Index alla dimissione (media)	10	20
MMSE all'ingresso (media)	Non somministrabile	14,3
MMSE alla dimissione	11,2	17,1
Soggetti trattati con antipsicotici o benzodiazepine	Prima del ricovero (n. 7) Durante il ricovero (n. 14)	Prima del ricovero (n. 3) Durante il ricovero (n. 2)
CIRS (Indice severità comorbilità-media)	3,7	2,6
Mortalità a 6 mesi	n. 6	n. 2

Tabella	Stabilità clinica (n = 447, 76.7%) Media ± DS o n (%)	IC o D (n = 76, 13.0%) Media ± DS o n (%)	IC e D (n = 60, 10.3%) Media ± SD o n (%)	p*
Età	76.5 ± 9.9	80.7 ± 6.8	84.3 ± 6.8	.00
Sesso femminile, n°, (%)	297 (66.4%)	58 (73.0%)	45 (78.8%)	.09
Mini Mental State Examination	23.5 ± 5.3	18.5 ± 6.9	16.5 ± 7.5	.00
Geriatric Depression Scale (0-15)	5.6 ± 3.3	6.4 ± 23.6	6.6 ± 4.1	.31
CIRS	1.7 ± 0.3	1.8 ± 0.3	1.9 ± 0.3	.00
Body Mass Index	25.6 ± 6.1	23.7 ± 4.9	23.2 ± 5.5	.00
Albuminemia (g/dl)	3.2 ± 0.4	2.9 ± 0.4	2.9 ± 0.6	.00
IADL (funzioni perse, 0-8)	2.0 ± 1.8	3.0 ± 1.9	3.9 ± 1.4	.00
Barthel Index ingresso (0-100)	63.8 ± 24.1	31.8 ± 22.1	28.5 ± 20.3	.00
Barthel Index dimissione (0-100)	83.4 ± 21.1	62.9 ± 23.2	39.5 ± 32.5	.00
Durata della degenza	26.0 ± 10.9	31.4 ± 27.6	27.6 ± 17.3	.00
Re-ospedalizzazione	9 (2.1%)	6 (7.9%)	11 (19.2%)	.00
Istituzionalizzazione	7(1.6%)	7 (9.5%)	8 (13.3%)	.00
Decesso	0%	0%	14 (23.1%)	.00

*significatività all'ANOVA.

bilitazione e l'insorgenza di eventi avversi (ospedalizzazione, istituzionalizzazione e decesso intraospedaliero).
Materiali e metodi. Sono stati considerati 583 soggetti ricoverati consecutivamente nella nostra UO dal Gennaio al Dicembre 2006. I pazienti sono stati sottoposti all'ingresso a valutazione multidimensionale che ha compreso: variabili demografiche, stato cognitivo (Mini Mental State Examination), stato affettivo (Geriatric Depression Scale, 15-item), salute somatica (albuminemia serica, BMI e CIRS), stato funzionale (IADL premorbose, Barthel Index). Tutti i pazienti ricoverati sono stati valutati all'ingresso e poi quotidianamente in relazione a 5 parametri indicativi di IC (temperatura corporea > 37.8°C, frequenza cardiaca > 100/min, FR > 24/min, pressione arteriosa sistolica ≤ 90 mmHg, saturazione di O2 < 90%) ed alla presenza di D (valutato mediante il Confusione Assessment Method, CAM > 2/4).
Risultati. I 583 pazienti reclutati (età media 77.8 ± 9.8; femmine, 68.6%) sono stati suddivisi in tre gruppi in base al riscontro di stabilità clinica all'ingresso (447, 76.7%), di IC o D (76, 13.0%), e di IC associata a D (60, 10.3%). Come riportato in tabella, i pazienti nei gruppi con IC e/o D sono significativamente più vecchi, più dementi e depressi, con una maggiore comorbidità, e funzionalmente più compromessi. Si è riscontrato un numero crescente di reospedalizzazioni e di istituzionalizzazioni tra i pazienti con almeno una condizione di instabilità (IC o D) e quelli con IC associata a D; è interessante notare come solo in quest'ultimo gruppo, con gravità clinica più elevata all'ingresso, si sia riscontrato un numero rilevante di decessi intraospedalieri.
Conclusione. Lo studio dimostra che IC e D rilevati all'ingresso in un reparto di riabilitazione, secondo criteri validati, predicono l'insorgenza di outcome avversi a breve termine (decesso, istituzionalizzazione e trasferimento ad ospedale per acuti), suggerendo l'utilità di una rilevazione routinaria di IC e D nei setting riabilitativi, al fine di costruire una prognosi adeguata e di impostare gli opportuni interventi terapeutici.

Stato cognitivo e performance degli arti inferiori in soggetti anziani ricoverati per patologia acuta

G. Guerra[1], F. Sioulis[1], M. Cavalieri[1], L. Rossi[1], J.M. Guralnik[2], S. Volpato[1], R. Fellin[1]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [2] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, NIH, Bethesda, MD, USA

Scopo. Il deficit cognitivo è un importante fattore di rischio di disabilità e limitazione funzionale degli arti inferiori. Alcuni studi hanno dimostrato che nei soggetti anziani con deterioramento cognitivo l'ospedalizzazione per patologia acuta è associata ad un declino dell'autonomia funzionale, che in molti casi si sviluppa durante il ricovero. Scopo del presente lavoro è di stabilire la relazione tra capacità cognitive e stato funzionale, valutato mediante test oggettivi di abilità fisica, in soggetti anziani senza grave deterioramento cognitivo e ricoverati per patologia acuta.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 92 pazienti anziani (età media 77.7 ± 6.4 anni) ricoverati nel nostro reparto per patologia acuta. I pazienti dovevano esser in grado di camminare autonomamente per qualche metro e avere punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) ≥ 18. Tutti i pazienti sono stati studiati mediante una dettagliata analisi clinica e una valutazione multidimensionale geriatrica standardizzata. Abbiamo valutato lo stato funzionale mediante la Short Physical Performance Battery (SPPB), una batteria di tre test di performance fisica degli arti inferiori [test dell'equilibrio statico, velocità del cammino sui quattro metri, tempo per alzarsi 5 volte consecutivamente da una sedia (punteggio complessivo compreso tra 0 e 12)]. I test sono stati effettati a 48 ore dall'ingresso in reparto e nelle ultime 24 ore prima della dimissione. Ottantasette pazienti hanno effettuato le prove sia all'ingresso che alla dimissione.
Risultati. Il punteggio medio ottenuto alla SPPB è stato di 6.1 ± 2.7 all'ammissione e di 7.07 ± 3 alla dimissione (p <

0.001). Il punteggio medio al MMSE era 25.6 ± 2.6 ed era significativamente associato al punteggio SPPB all'ammissione (r: 0.37; p < 0.001). Rispetto all'ingresso, 55 soggetti (63.2%) hanno migliorato il punteggio SPPB alla dimissione, 15 (17.2%) hanno ottenuto lo stesso punteggio e 17 (19.6%) hanno peggiorato. La probabilità di peggioramento nel punteggio SPPB era di 28.2% per i soggetti con MMSE < 26 punti e 12.5% per quelli con punteggio ≥26 (p = 0.06). All'analisi multivariata la differenza tra il punteggio SPPB alla dimissione e all'ingresso (ΔSPPB) è risultata positivamente associata al MMSE (beta = 0.19; p = 0.033) e al sesso femminile (beta = 1.2; p = 0.008), e inversamente associata all'età (beta = -0.11; p = 0.002) indipendentemente dal punteggio BADL e dal grado di comorbilità (valutata mediante la Cumulative Illness Rate Scale). Alla regressione logistica multivariata la probabilità di peggiorare alla SPPB aumentava con l'età (OR = 1.17; I.C. 95% 1.05-1.30; p = 0.004), e diminuiva all'aumentare del punteggio al MMSE (OR = 0.77; I.C. 95% 0.59-0.99; p = 0.047).

Conclusioni. Nel nostro campione di pazienti anziani la funzione cognitiva è risultata correlata all'abilità fisica. In particolare, anche i pazienti che presentavano una compromissione moderata delle funzioni cognitive avevano una maggior probabilità di declino funzionale durante il ricovero.

Bibliografia

1. Pedone C, Ercolani S, Catani M, Maggio D, Ruggiero C, Quartesan R et al. Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. J Gerontol 2005;60:1576-80.
2. Blè A, Volpato S, Zuliani G, Guralnik JM, Bandinelli S, Lauretani F et al. Executive function correlates with walking speed in older persons: The InChianti Study. JAGS 2005;53:410-5.

Predittori di declino funzionale nelle adl in ospiti di RSA italiane: il progetto ULISSE (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano)

R. Gugliotta[1], G. Dell'Aquila[1], C. Ruggiero[1], B. Gasperini[1], T. Mariani[1], G. Mancioli[1], E. Cirinei[1], N. Palmari[1], F. Patacchini[1],G. Onder[2], F. Lattanzio[2], R. Bernabei[2], U. Senin[1], A. Cherubini[1]

[1]Instituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

Scopo. Il progetto ULISSE-RSA, sponsorizzato dal Ministero della Salute e dalla Pfizer s.r.l., ha come obiettivo principale migliorare la conoscenza sull'assistenza socio-sanitaria fornita alla popolazione anziana ospite in residenza. L'obiettivo specifico di questa analisi è di individuare i fattori associati con il rischio di declino funzionale nelle ADL a 6 mesi dalla valutazione basale.

Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale longitudinale nel quale gli ospiti sono valutati all'inizio dello studio e dopo 6 e 12 mesi. L'unico criterio di esclusione è l'età < 65 anni. Lo strumento di valutazione è formato da due schede: la scheda-struttura per descrivere le caratteristiche della residenza e la scheda-ospite per effettuare una valutazione multidimensionale del residente (caratteristiche socio-demografiche, stato di salute, stato funzionale, stato cognitivo, tono dell'umore, farmaci, qualità della vita, grado di soddisfazione, consumo di risorse), basata sul VAOR-RSA (valutazione anziano ospite in residenza). Il declino funzionale è stato definito come perdita di almeno 1 ADL a 6 mesi.

Risultati. Il campione comprende 889 residenti, dopo esclusione dei soggetti già totalmente disabili alla valutazione basale. L'età media è di 83 anni, il 74,3% sono donne. Il 37,8% presenta un deficit cognitivo moderato ed il 26.1% un deficit cognitivo severo (CPS ≥ 5). Il numero medio di ADL (Activities of Daily Living) compromesse alla valutazione basale è 2.6. Nel corso di 6 mesi il 28.5% dei residenti è andato incontro a declino funzionale. Nell'analisi di regressione logistica si è notato che i soggetti con grave compromissione dell'autonomia funzionale (6 su 7 ADL perse) alla valutazione basale hanno un minor rischio di andare incontro a declino funzionale (0.5, IC 95% 0.3-0.8). Sono risultati dei fattori di rischio indipendentemente associati a rischio di declino funzionale il sesso femminile (1.4, CI 95% 1-2.1), l'età ≥ 85 anni (2.2, CI 95% 1.3-3.6), una elevata comorbilità misurata mediante CIRS (2, CI 95% 1.3-3.3), una recente ospedalizzazione (2.1, CI 95% 1.2-3.6), la presenza di deficit cognitivo di grado moderato misurata mediante CPS (CPS = 2-4 1.8, IC 95% 1.2-2.7). Al contrario, è risultato un fattore protettivo un numero di ore di assistenza fornite dal personale infermieristico per ciascun ospite per settimana superiore al valore mediano (3.27) (0.5, CI 95% 0.3-0.7).

Conclusione. Numerosi sono i fattori associati ad una perdita di indipendenza fisica, tra cui condizioni cliniche degli ospiti, caratteristiche della struttura ed una recente ospedalizzazione. L'elevata incidenza di declino funzionale nella popolazione ospite di residenza indica che tale popolazione è fragile e che l'uso della valutazione multidimensionale geriatrica basata su strumenti di VMD di seconda generazione possa fornire importanti indicazioni per migliorare la qualità dell'assistenza nelle RSA.

Caso clinico di amnesia globale transitoria

V. Guidi, A. Giani, G.A. De Paduanis, C. Menza, P. Marietti, S. Boschi

Unità di Valutazione Alzheimer-Dipartimento di Medicina Interna Cardiovascolare e Geriatrica-Università di Siena-Policlinico "S. Maria alle Scotte" Siena

Introduzione. L'amnesia globale transitoria è una grave confusione amnesica anterograda con inabilità acuta a ricordare nuove informazioni, in assenza di segni neurologici focali, ad insorgenza improvvisa, della durata variabile (generalmente da 30-60 min fino a 12 h e oltre). L'episodio si caratterizza da disorientamento temporo-spaziale senza perdita dell'identità personale, e inabilità completa a richiamare alla mente nuovi eventi mnesici. L'episodio si risolve gradualmente con recupero completo, può persistere amnesia relativa all'episodio. L'esame obiettivo neurologico è negativo e non sussistono altre cause di amne-

sia. Va posta diagnosi differenziale con: stato confusionale acuto, intossicazione farmacologica (es. benzodiazepine) o alcolica, epilessia, disturbi psichiatrici, squilibri metabolici (diabete) o elettrolitici, disturbi del SNC (encefaliti, TIA, processi degenerativi, tumori).

Caso clinico. C.D. maschio, anni 76. scolarità 5 anni, agricoltore in pensione, coniugato, 2 figlie, affetto da ipertensione arteriosa ed episodi di incontinenza urinaria. Non familiarità per demenza. Inviato dal Pronto Soccorso per deficit improvviso della memoria recente associato a disorientamento temporo-spaziale e confusione mentale mentre giocava a carte. Durata dell'episodio di poche ore. *Esame obiettivo:* il paziente si presentava vigile, collaborante, orientato nel tempo e nello spazio, eupnoico a riposo. Obiettività cardiocircolatoria, toraco-addominale nella norma. *Esame neurologico:* nei limiti. *Esami ematochimici* all'ingresso nei limiti della norma, salvo lieve incremento di gamma GT. *Valutazione cognitiva:* MMSE 26/30; MMSEc 25,7/30; nei limiti della norma i tests di II livello. Per un completo inquadramento diagnostico differenziale, il paziente è stato valutato a livello vascolare, cardiologico, metabolico e neurologico. *Ecocolordoppler carotido-vertebrale e trans-cranico:* ateromasia carotidea di grado lieve-moderato senza alterazioni di flusso; circolo intracranico nei limiti. *TC cranio:* piccola areola ipodensa nel ginocchio della capsula interna destra e sinistra in esiti di sofferenza parenchimale; sistema ventricolare e spazi liquorali pericefalici nei limiti della norma per morfologia e dimensioni in rapporto all'età; *EEG:* ritmo di fondo a 9 c/s, monomorfo, reagente. Iperpnea e stimolazione luminosa intermittente nella norma. Lieve e diffuso rallentamento dei bioritmi cerebrali. *ABPM:* quadro di aumentato carico pressorio compatibile con ipertensione sistolica lieve-moderata e diastolica lieve. *Holter ECG:* bradicardia sinusale di base a frequenza media 54 b/min; occasionali VEB isolati, talvolta organizzati in episodi di bigeminismo; occasionali SVEB isolati. Assenti pause patologiche. Assenti alterazioni significative della fase di ripolarizzazione ventricolare rispetto all'ECG di base. *Ecocardiogramma:* ipertrofia parietale a livello del SIV basale. Funzione sistolica globale conservata; atrio sinistro lievemente dilatato; insufficienza lieve della valvola mitrale, aortica e tricuspidale. *Dosaggio vitamina B12 e acido folico:* nella norma. Per escludere una possibile origine vagale è stato effettuata manovra di massaggio del seno carotideo risultata negativa. In relazione all'obbiettività clinico- strumentale e nel rispetto dei criteri di Hodges e Warlow si concludeva per diagnosi di Amnesia globale transitoria in paziente con ipertensione arteriosa, bradicardia sinusale, ATS carotidea di grado lieve-moderato, insufficienza tricuspidalale lieve-moderata, encefalopatia ischemica.

Conclusioni. La TGA è una rara affezione patologica di entità piuttosto oscura, la cui eziopatogenesi è ancora sconosciuta. Vari meccanismi fisiopatologici, come ischemia, epilessia, emicrania, congestione venosa, turbe psicologiche, sono stati proposti in letteratura. Due sono le ipotesi più avvalorate: un meccanismo ischemco transitoria del tessuto cerebrale (1) scatenato da fenomeni trombo-embolici o emodinamici, oppure una depressione diffusa dell'attività elettrica corticale (2). È stato ipotizzato che alcuni eventi emotivi scatenanti possano determinare un incremento improvviso del tono del sistema simpatico che determinerebbe una disfunzione transitoria del lobo temporo-mesiale cerebrale favorita da una ischemia. In passato alcuni autori, sulla base di studi non controllati, avevano avanzato l'ipotesi che i pazienti TGA presentassero una prevalenza per fattori di rischio vascolari ed un'alta percentuale di ictus (3). Tuttavia recenti studi controllati (4) hanno dimostrato che i pazienti TGA hanno la stessa prevalenza di rischi vascolari (ipertensione ipercolesterolemia e diabete) rispetto alla popolazione generale e addirittura mostrano una prognosi migliore rispetto ai pazienti affetti da TIA. Abbiamo riportato un caso clinico la cui presentazione poneva inizialmente il sospetto per un evento di tipo cerebro-vascolare, tuttavia sulla base di un'attenta e completa valutazione ed in considerazione dei criteri di *Hodges e Warlow* (3) è stata posta diagnosi conclusiva di TGA. Il nostro caso si aggiunge ai non numerosi esempi di TGA riportati in letteratura, nel tentativo di un suo miglior inquadramento che tutt'oggi necessita di ulteriori studi.

BIBLIOGRAFIA

1. Felix MM. J Neuroimaging 2005.
2. Olesen J, Jorgensen MB. Acta Neurol Scand 1986.
3. Hodges JR, Warlow CP. Brain 1990
4. Quinette P. Brain 2006.

Confronto dell'efficacia di diverse strategie terapeutiche nel paziente diabetico giovane e anziano

M.P. Ierardi, E. Bartoli, V.Aragona, L. Bruzzone, D. Gonella, M. Panzalis, D. Pugliese, F. Tricerri, N. Vello, L. Lione, P. Odetti, G. Corsini, G.L. Viviani

Centro per il Diabete dell'Adulto, U.O. Geriatria, Di.M.I., Università di Genova

Introduzione. L'educazione alimentare contribuisce in modo decisivo nel cambiamento dello stile di vita e sul compenso metabolico (1). L'educazione terapeutica di gruppo ha dimostrato di portare benefici superiori rispetto a quella individuale (2). L'educazione alimentare di gruppo dà spesso risultati migliori negli over 65 rispetto agli under 65 (3).

Scopo. Valutare l'efficacia di un programma di educazione alimentare individuale in pazienti giovani e anziani con diabete mellito di tipo 2 e confrontarla con l'efficacia di un programma di educazione alimentare di gruppo.

Metodi. Presso il DH della nostra struttura afferiscono pazienti diabetici di tipo 2 di età compresa tra i 40 e 85 anni. Di norma tutti i pazienti vengono inviati alle dietiste per un programma di educazione alimentare individuale (con controlli a cadenza mensile) e/o di gruppo. Abbiamo preso in considerazione i dati relativi a 91 pazienti seguiti individualmente nel periodo tra ottobre 2006 e giugno 2007; abbiamo inoltre confrontato le conclusioni con quelle di un nostro precedente studio sui pazienti che avevano seguito il programma di educazione alimentare di gruppo. Come parametro clinico abbiamo considerato il peso corporeo, cui si aggiungono dati parziali relativi alla circonferenza addominale.

Risultati. Sono stati valutati 91 pazienti e 41 (ovvero il 45%) è over 65 anni e 50 (il 55%) è under 65. Al primo controllo il gruppo over 65 ha perso in media 0,5 Kg e 0 cm mentre gli under 65 hanno perso in media 1,5 Kg e 2 cm di circonferenza addominale. Al secondo controllo il primo gruppo ha perso 1 Kg e 2 cm mentre il secondo gruppo ha perso in media 2 Kg e 1,5 cm di circonferenza addominale.
In particolare al primo controllo, rispetto al totale dei pazienti:
- Il 29% tra gli anziani hanno perso peso contro il 46% dei pz giovani;
- Il 61% tra gli anziani hanno avuto variazioni inferiori a ± 1 Kg contro il 52% dei pz giovani;
- Il 10% tra gli anziani hanno preso peso contro il 2% dei pz giovani.

Al secondo controllo:
- Il 36% tra i pz anziani hanno perso peso contro il 51.5% dei pz giovani;
- Il 57% tra gli anziani hanno avuto variazioni inferiori a ± 1 Kg contro il 32.5% dei pz giovani;
- Il 7% tra gli anziani hanno preso peso contro il 16% dei pz giovani.

Conclusioni. Da questi dati emerge che l'educazione alimentare individuale da risultati inferiori negli over 65 rispetto agli under 65. Questo dato deve essere preso in seria considerazione anche alla luce di nostri risultati precedenti, dove (3) emergeva che l'educazione alimentare di gruppo dava risultati migliori nell'anziano rispetto al giovane.

Bibliografia

1. De fine O, et al. An educational model for improving diet counselling in primary care A case study of the creative use of doctors' own diet, their attitudes to it and to nutritional counselling of their patients with diabetes. Patient Educ Couns 2005;58:199-202.
2. Patti L, et al. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education: A randomized study. Diabetes Care 2002;25:269-74.
3. Lione L, Borgarelli C, Aragona V, Odetti P, Viviani GL, Efficacia di un programma di educazione alimentare nel paziente diabetico anziano. (Congresso A.N.D.I.D. Roma Aprile 2007).

I servizi per la salute dell'anziano in un territorio urbano: il ruolo della farmacia

A. Imoscopi[1], E.M. Inelmen[1], G. Zulian[2], M.L. Gazerro[2], G. Secco[2], G. Sergi[1], G. Enzi[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Clinica Geriatrica, Università di Padova; [2] Dipartimento di Geografia, Università di Padova

Scopo. Gli anziani costituiscono una fascia debole della popolazione, potenzialmente forte consumatrice di servizi e di conseguenza, in ambito urbano, possono essere gli utenti che più soffrono delle eventuali disomogeneità e disparità nella presenza e fruibilità dei servizi sul territorio.
Nel panorama dei servizi utili all'anziano a livello del territorio assume particolare importanza la farmacia che va delineandosi sempre più come un centro di servizi per la salute, superando così il ruolo che aveva nell'immediato passato di luogo deputato alla sola distribuzione dei medicinali.
Per tali motivi si è condotta un'indagine tra i titolari di farmacia e tra gli utenti anziani delle farmacie nel comune di Padova. Gli scopi di questo studio sono quelli di valutare: 1) la distribuzione delle farmacie comunali e private nell'area urbana in rapporto alla popolazione anziana residente; 2) la disponibilità dei diversi possibili servizi offerti dalle farmacie; 3) i fattori che incidono sulla scelta della farmacia da parte dell'anziano.
Materiali e metodi. Sono state condotte due interviste: la prima è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ai titolari di farmacia, la seconda è stata proposta ad un campione di 362 anziani autosufficienti residenti nel comune di Padova all'uscita dalla farmacia.
La fruizione delle farmacie da parte degli utenti intervistati è stata esaminata sulla base dei seguenti indicatori: l'esistenza di una farmacia di fiducia, i motivi determinanti la scelta della farmacia, la modalità preferita per recarsi in farmacia, la soddisfazione rispetto ai servizi offerti dalla farmacia, il nome del proprio medico di medicina generale (MMG), l'età e l'indirizzo.
Analisi statistica. La costruzione dei questionari, l'elaborazione statistica dei dati e l'analisi spaziale dell'accessibilità sono stati realizzati in collaborazione con il Dipartimento di Geografia dell'Università di Padova.
Risultati. Su 61 farmacie, 10 farmacie private hanno rifiutato l'intervista sia al farmacista che agli anziani.
Le richieste che i farmacisti hanno riportato come le più comuni da parte dell'anziano riguardano la posologia dei farmaci (95,9%) e le informazioni sui farmaci, le meno frequenti riguardano invece i prodotti alternativi (8.2%).
I servizi che i farmacisti hanno riferito più comunemente richiesti dagli anziani risultano essere il controllo della pressione arteriosa (100%), il controllo del peso e il test per la determinazione dell'ematocrito (28,6%), il test per la determinazione del colesterolo (22,9%), il test per la determinazione dei trigliceridi (20%) e della glicemia (11,4%).
L'82,4% degli anziani intervistati ha dichiarato di recarsi abitualmente nella stessa farmacia, il 17,6% ha invece dichiarato di non avere una farmacia abituale e di fare riferimento a due o più farmacie.
La scelta della farmacia abituale viene effettuata considerando soprattutto due fattori: la vicinanza a casa e la disponibilità del/i farmacista/i.
Il motivo principale che invece determina il ricorso ad una farmacia da parte degli utenti che hanno dichiarato di non averne una abituale è la comodità dal punto di vista dei propri impegni giornalieri.
In base al mezzo usato per recarsi in farmacia e al sesso, dai dati emerge che le donne si recano più frequentemente in farmacia a piedi rispetto agli uomini che preferiscono la bicicletta e l'automobile. Tutti fanno poco uso dei mezzi pubblici. È emerso che esiste una relazione tra la distanza percorsa e il mezzo di trasporto usato.
Per valutare la distanza percorsa per recarsi in farmacia, si sono suddivisi gli utenti per gruppi di età e sesso. Gli uomini di tutte e tre le classi di età percorrono distanze medie maggiori rispetto alle donne della stessa età. Con l'aumentare dell'età, le distanze medie percorse si riducono

progressivamente sia negli uomini che nelle donne. È emerso che esiste una relazione tra le variabili età e distanza percorsa.

Conclusione. Possiamo affermare che da questo studio sul ruolo della farmacia e del farmacista sono emersi alcuni spunti di riflessione che si pongono in linea con la poca letteratura attualmente disponibile, in gran parte straniera: la necessità di un maggiore confronto e integrazione tra le professioni sanitarie (soprattutto tra il medico di medicina generale e il farmacista), l'importanza del ruolo di "educatore sanitario" del farmacista e la necessità di aumentare, migliorare e rendere omogenei sul territorio urbano e suburbano i servizi offerti dalle farmacie sembrano essere alcuni degli obiettivi da perseguire per rispondere in modo adeguato ai bisogni socio-sanitari dell'anziano.

MMSE e MODA due metodiche a confronto nello screening del deficit cognitivo nel soggetto anziano valutato sul territorio: dati preliminari

A. La Sala, M. Cocco, S. Cadeddu, M.G. Congiu, N.M.C. Curreli, D. Ibba, N. Maccedda, M. Mandas, C. Olla, M.E. Pais, M. Pintus, A. Balestrieri, A. Mandas

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche, Università degli studi di Cagliari

Scopo dello studio. Confronto tra il Mini Mental State Examination (MMSE) (1) e il Milan Overall Dementia Assessment (MODA) (2) nella valutazione cognitiva del soggetto anziano sul territorio.

Materiali e metodi. Dal mese di gennaio 2007 è in corso uno studio sullo stato cognitivo in un gruppo di soggetti anziani (≥ 65 anni) residenti nell'hinterland Cagliaritano. La valutazione dello stato cognitivo è stata praticata presso il domicilio di ciascun soggetto, utilizzando in successione due test neuropsicologici, il MMSE e il MODA. I punteggi totali ottenuti, con questi due test, sono stati corretti per età e scolarità; il punteggio massimo ottenibile con il MMSE è 30, i punteggi ≥ 24 sono normali, quelli < 24 patologici; il punteggio massimo ottenibile con il MODA è 100, i punteggi > 89 sono normali, quelli < 85.5 patologici, infine, quelli compresi tra 85.5 e 89 sono borderline. A tutt'oggi lo studio ha incluso 85 soggetti di età media 74.8 ± 6.1 (range 66-94), di cui 48 (56.5%) femmine e 37 (43.5%) maschi.

Risultati. i risultati ottenuti sono illustrati nelle Tabelle I e 11.

Conclusioni. L'MMSE e il MODA sono test di screening ideati per rilevare il deterioramento cognitivo, per valutarne quantitativamente la severità e per documentarne le modificazioni nel tempo. I risultati del nostro studio, documentano punteggi patologici sia con l'MMSE sia con il MODA. I risultati dei due test si discostano lievemente tra di loro, infatti, l'MMSE evidenzia nel 20%, dei soggetti esaminati, punteggi patologici (cioè < 24), mentre il MODA mostra punteggi patologici (cioè < 85.5) nel 21.2%. degli stessi soggetti. Tali risultati confermano un'alta correlazione tra questi due test; evidenziano, però, una maggiore sensibilità del test MODA, che riesce ad intercettare soggetti borderline (cioè con punteggio compreso tra 89 e 85.5) che sfuggono al test MMSE; nel nostro studio, infatti, 16 (18.8%) soggetti sarebbero stati catalogati normali al vaglio del solo MMSE. Sulla scorta di questi risultati è auspicabile l'utilizzo del MODA come strumento di screening del deficit cognitivo.

Tab. I. MMSE e MODA dei soggetti arruolati nello studio.

Gruppi	MMSE media ± DS	MODA media ± DS
Soggetti studiati (n. 85)	26.4 ± 3.0	89.7 ± 8.0
Soggetti di età 65-74 anni (n. 40, 47.1%)	26.7 ± 2.6	90.8 ± 5.6
Soggetti di età ≥ 75 anni (n. 45, 52.9%)	26.2 ± 3.3	88.6 ± 9.7
maschi (n. 37, 43.5%)	26.4 ± 3.1	89.5 ± 9.9
femmine (n. 48, 54.5%)	26.5 ± 3.0	89.8 ± 6.4
MMSE < 24 (n. 17, 20%)	21.7 ± 1.9	80.7 ± 10.1
MMSE ≥24 (n. 68, 80%)	27.6 ± 1.8	91.9 ± 6.63
MODA < 85.5 (n. 18, 21.2%)	22.9 ± 3.1	77.6 ± 8.6
MODA 85.5-89 (n. 16, 18.8%)	25.8 ± 2.2	86.9 ± 1.1
MODA > 89 (n. 51, 60%)	27.8 ± 2.0	94.6 ± 2.8

Tab. II. Suddivisione dei soggetti con punteggio al MMSE e al MODA normale o ridotto.

Test neuropsicologico	n. soggetti (%)
MMSE < 24	17 (20)*
MMSE ≥ 24	68 (80)
MODA ≤ 89	34 (40)
MODA > 89	51 (60)

* n. di soggetti con MMSE < 24 *vs.* n.di soggetti con MODA < 89, P = 0.007.

Bibliografia

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental state". A practical method for grading the cognitive state

of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.

2. Brazzelli M, Capitani E, Della Sala S, Spinnler H, Zuffi M. Milan Overall Dementia Assessment (MODA) J Neurol Neurosurg Psychiatry1994;57:1510-7.

La mano come strumento di autonomia: case report del trattamento di una paziente affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica

T. La Teano, O. Aloisi, C. Cotroneo, G. Zuccalà, F. Landi, R. Bernabei, A. Tafani

Introduzione. La S.L.A è una malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali - 1° motoneurone a livello della corteccia cerebrale, sia periferici - 2° motoneurone, a livello del tronco encefalico e del midollo spinale. La scomparsa dei motoneuroni crea una progressiva atrofia muscolare ed il decorso è caratterizzato da una graduale, estesa perdita della forza muscolare. Le mani sono spesso colpite per prime, rendendo così difficili l'esecuzione delle normali attività quotidiane da parte del paziente.
La signora paziente protagonista di questo lavoro, affetta da S.L.A. da quattro anni, non è autonoma nelle ADL (Activity of Daily Living) a causa di un deficit di forza della muscolatura degli AASS. La mano è compromessa sia a livello dei mm intrinseci che di quelli estrinseci. La compromissione maggiore si ha a livello dei lombricali e degli interossei ds > sn. Impossibili le attività di manipolazione e prensione in particolare per quelle in cui è implicata la presa a pinza. Il polso destro è instabile e la sua estensione attiva è nulla. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di rendere autonoma la paziente nelle attività del vivere quotidiano significative per lei, in modo da apportare una maggior sicurezza durante l'esecuzione di queste, un'aumentata soddisfazione personale, una diminuzione del carico di lavoro del care-giver e dunque un aumento della qualità di vita.
Materiali e metodi. La paziente è stata trattata nel nostro Day Hospital nel trimestre ottobre – gennaio. Per risolvere il dolore notturno alla mano sinistra abbiamo confezionato uno splint statico con polso compreso e mano in posizione di salvezza. Abbiamo inoltre confezionato uno splint in neoprene per la mano destra, in modo da stabilizzare il polso e la mano durante la deambulazione, permettendo il carico sul tripode. Per rendere la mano destra funzionale durante lo svolgimento delle ADL e le IADL (Instrumental Activity of Daily Living) abbiamo effettuato un B.A.F. (Bendaggio Adesivo Funzionale) alla mano destra. Abbiamo in ultimo modificato con specifico materiale termoplastico le posate in modo da permettere un impugnatura più ergonomica e dunque facilitante l'attività di alimentazione.
Risultati. La paziente ha ricominciato ad alimentarsi, a cucinare e a vestirsi da sola, ed ha diminuito la richiesta di assistenza durante le attività di igiene personale. La deambulazione avviene ora senza alcuna difficoltà grazie ad una migliore gestione del tripode. La signora E. non lamenta più dolore notturno alla mano. Le IADL risultano ora più semplici da eseguire. La paziente è più motivata a svolgere le attività e dunque ad utilizzare le mani.
Discussione. Premesso che la S.L.A. è una malattia degenerativa che porta lentamente il paziente ad un decadimento di tutte le sue funzioni e strutture corporee, un intervento palliativo e funzionale alle mani può influire in modo significativamente positivo sulla qualità di vita e su quella dei care-giver andando ad implementare l'autonomia, la soddisfazione personale e il livello di sicurezza nello svolgimento delle comuni attività del vivere quotidiano.

Bibliografia

Coppard BM. Introduction to splinting a clinical-reasoning and problem solving approach.

Stella L. Bendaggio di arto superiore.

Colditz JC. Splinting with neoprene.

Formica M. Trattato di Neurologia Riabilitativa.

Grenwood R. Riabilitazione delle Malattie Neurologiche.

Morbilità e mortalità dei pazienti anziani con sincope: risultati dello studio longitudinale del gruppo italiano per la sincope nell'anziano (GIS)

A. Landi[1], C. Mussi[2], A. Maraviglia[1], C. Golzio[1], P. Abete[3], G. Galizia[3], G. Noro[4], G. Tava[4], A. Del Rosso[5], L. Ghirelli[6], A. Morrione[1], A. Ungar[1]; per il gruppo Italiano Sincope della SIGG (GIS)

[1]Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze e Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; [2]Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Modena; [3]Area Funzionale Geriatria, Azienda Policlinico Federico II, Napoli; [4]U.O. Geriatria, Ospedale Santa Chiara, Trento; [5]U.O. Cardiologia, Ospedale di Fucecchio U.O.; [6]Geriatria Arcispedale S.M. Nuova, Reggio Emilia

Scopo. Valutare la morbilità e la mortalità nei pazienti anziani con sincope arruolati durante lo studio multicentrico longitudinale condotto dal GIS in strutture geriatriche (pazienti ricoverati ed ambulatoriali).
Materiali e metodi. In un follow-up a 6, 12, 18 e 24 mesi sono state rilevati mortalità, recidive sincopali, cadute e ospedalizzazioni; i pazienti sono stati inoltre sottoposti a valutazione multidimensionale (MMSE, GDS, ADL e IADL).
Risultati. Dei 242 pazienti arruolati 215 sono stati sottoposti a follow-up. La mortalità a 2 anni è stata del 17,2%. La sincope da causa cardiaca è risultata essere più frequente nei pazienti deceduti rispetto ai sopravvissuti (21.7% *vs.* 12.3%, p = 0.03), mentre le sincopi neuromediate e inspiegate erano ugualmente rappresentate nei due gruppi. 70 pazienti (32.5%) hanno presentato una recidiva sincopale. Le sincopi da causa jatrogena e/o multifattoriale erano meno rappresentate nei pazienti con recidiva sincopale (5.7% *vs.* 10.7%, p = 0.02). Le curve di Kaplan-Meyer indicano che la mortalità e le recidive sincopali aumentano significativamente con l'età (p = 0.006 e p = 0.008, rispettivamente). Dall'analisi multivariata risulta che la mortalità è significativamente correlata con l'età (OR 1.11, intervallo di confidenza 95% 1.04-1.17) e con la comorbilità (OR 1.17, intervallo di confidenza 95%: 1.02-1.33). La presenza di depressione aumenta significativamente dall'arruolamento alla fine del follow-up (dal 28% al 41%, p = 0.001).

Conclusioni. Nella casistica analizzata è stata rilevata una elevata percentuale di mortalità e di recidive sincopali, risultate essere entrambe correlate all'età. La sincope da causa cardiaca è più frequente nei pazienti deceduti durante il follow-up rispetto ai sopravvissuti. Nel paziente anziano dopo un episodio sincopale l'incidenza di depressione aumenta marcatamente.

Malattia di Parkinson: fattori ambientali e genetici

S. Largueche, C. Arizzi, M. Ferlisi, G. Belvedere, A. Di Prima, A. Giunta, C. Aglialoro, M. Belvedere, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Il Parkinson, come l'Alzheimer e altre malattie neurodegenerative sconta una serie di pregiudizi. Per esempio, che sia una malattia solo degli anziani, o magari una conseguenza dell'invecchiamento o soltanto della genetica. In effetti non è soltanto così, come ha confermato anche la presentazione del Dossier Parkinson 2006. In questa occasione, si è fatto presente che, se i dati convergono su 220.000 malati in Italia, pari al 4 per mille, il bilancio potrebbe essere più pesante: un altro 10-15% di pazienti non diagnosticati, calcolando sia il Parkinson vero e proprio sia i parkinsonismi. E, in più, c'è da tenere presente altri aspetti che correggono le opinioni più diffuse, a cominciare dall'età media di insorgenza, calcolata al 57° anno. Questo vuol dire che metà dei malati viene colpita quando ancora è un adulto giovane. Sono almeno 13 su mille i malati fra i 65 e i 69 anni e il dato schizza in alto e raggiunge il tetto nella classe d'età oltre gli 80 anni: 15 persone, questa volta su cento, hanno i segni della malattia Inoltre, i nuovi casi di malattia di Parkinson in Italia vanno dagli ottomila ai dodicimila. Anche per le cause va operata una distinzione. Per cominciare, la genetica ha un peso, ovviamente, ma pesa per un 30%, non di più e l'identificazione dei geni coinvolti è soltanto all'inizio. Recentemente l'attenzione si è rivolta a due geni, Parkina e Dardarina. Il primo è il gene che è coinvolto nell'insorgenza della malattia di Parkinson in modo particolare nei giovani. Il secondo gene influisce su tutto il pianeta Parkinson e Parkinsonismi. La presenza di questi due geni è molto utile per fare una diagnosi. Come accade per diabete di tipo 2, asma, obesità e coronaropatie, nei casi di Parkinson, il peso delle cause ambientali pare più importante della predisposizione genetica. Bisogna ricordare che il rischio che si presenti la malattia nei familiari di primo grado dei pazienti malati (figli, genitori, fratelli e sorelle) è basso. Il rischio relativo è di circa 3,5. Quindi se il rischio della popolazione generale di ammalarsi di Parkinson sopra i 65 anni è dell'uno per cento, per i familiari di primo grado di un malato di Parkinson è del 3,5. È importante dire che quello che si eredita da un congiunto malato di Parkinson è la predisposizione a sviluppare la malattia. Ci sono però, ma sono molto rari, casi di famiglie in cui la predisposizione genetica è più importante ed è legata alla mutazione di un singolo gene". Quindi l'ambiente farebbe la parte del leone. Ci sono fattori che provocano la malattia e altri che riducono la possibilità di ammalarsi:. l'esposizione agli idrocarburi, pesticidi, solventi, farmaci come gli antinausea ad azione centrale, gli antipsicotici tipici possono essere concause della malattia, e potrebbero essere chiamati in causa virus e batteri, ma ci sono anche esposizioni protettive, come il consumo di caffè e il fumo di sigaretta. L'ipotesi ambientale è anche sostenuta da numerose ricerche epidemiologiche su parkinsoniani e controlli (soggetti non affetti da Parkinson). Queste ricerche hanno dimostrato che i parkinsoniani sono stati più esposti a sostanze quali erbicidi o insetticidi oppure hanno svolto attività agricole, hanno bevuto acqua di pozzo (un possibile collettore di pesticidi) oppure hanno vissuto in zone rurali in un numero molto superiore rispetto ai soggetti controllo. Ricerche recenti hanno appurato che l'unico fattore di rischio "indipendente" tra i due gruppi è l'esposizione a erbicidi e insetticidi. In altre parole la vita rurale, l'uso di acqua di pozzo o l'attività agricolanon sono di per sé fattori di rischio se non in quanto legati all'uso di erbicidi e insetticidi. Ma non ci sono soltanto gli erbicidi e gli antiparassitari. Tra le varie neurotossine sono stati individuati anche n-esano e i suoi metaboliti, sostanze comunemente contenute in colle, vernici e benzina. In uno studio condotto nel 2000, su 990 pazienti affetti da Parkinson, selezionati tra 1.455 soggetti, è stata riscontrata un'esposizione significativa a idrocarburi nel 20% (188 pazienti). I 188 pazienti esposti sono stati confrontati con altri 188 pazienti paragonabili per sesso ed età. Nei pazienti con storia positiva per esposizione a idrocarburi-solventi la malattia mostrava caratteristiche cliniche peggiori rispetto ai pazienti non esposti. In particolare, è stato rilevato che nei soggetti esposti la malattia si presentava prima, e i pazienti avevano una risposta peggiore alla terapia farmacologica e ai test farmacologici e, conseguentemente, un quadro clinico più grave. Varie evidenze quindi suggeriscono che sostanze sia esogene che endogene sono potenzialmente in grado di danneggiare i neuroni nigrostriatali" conclude Pezzoli "e di conseguenza indurre una malattia di Parkinson, tuttavia il loro ruolo preciso rimane incerto. È importante proseguire questi studi perché l'identificazione di fattori tossici permetterebbe l'attuazione di una prevenzione primaria.

BIBLIOGRAFIA

Dossier Parkinson 2006 AIP, LIMPE. Roma 19 aprile 2006.

Successfull aging: 110 anni nel cuore di Viterbo (Un percorso ADI lungo nel tempo)

E.A. Lazzaroni[1], B.L Salvigni[1], D. Gangi[1], P. Prosperi[1], E. Morucci[1], A. Proietti

[1] *ASL Viterbo Distretto 3, ADI*

Il mantenimento delle capacità residue e dello stato di benessere psicofisico nel proprio domicilio sito nel cuore della vecchia città, garantendo le relazioni affettive ed il benessere sociale costruito nel tempo, è stato l'obiettivo principale di questo percorso assistenziale dell'ADI di Viterbo. L'equipe ADI è composta da operatori ASL (un medico responsabile geriatra, due medici di cui uno geriatra ed uno di medicina generale, infermieri, terapisti, servizio sociale del Distretto, specialisti di varia branche).
La Sig.ra A.D., nata il 10-06-1897 (anni 110), è in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Intergrata dal 2002. Il

Servizio si è attivato dopo una valutazione multidimensionale con una presa in carico globale. La signora viveva sola con il supporto di una badante ad ore. Il caregiver risultava esser la figlia di circa 80 anni.
La paziente nel corso degli anni ha eseguito visite di controllo (geriatriche, cardiologiche) e prestazioni infermieristiche(prelievi).L'età avanzata della paziente e le condizioni psico-fisiche, hanno stimolato tutti gli operatori a ricostruire il suo vissuto e la genealogia. Da quanto ricostruito, appare che la madre della paziente è deceduta all'età di 99 anni ed i 6 fratelli della paziente, sono tutti deceduti in tarda età (tra gli 80 ed i 97 anni). La Sig.ra A.D. ha 3 figlie di cui una di 85 aa con la quale attualmente vive, un'altra figlia 79 anni, ed una deceduta all'età di 76 anni. Dal punto di vista clinico, dall'anamnesi fisiologica risulta fumatrice e normoalimentata. L'anamnesi remota non evidenzia patologie degne di nota. Nel 2002, alla nostra prima valutazione, la signora A. D. (105 anni) risultava orientata nel tempo e nello spazio e parzialmente autonoma dal punto di vista funzionale (MMSE: 23/30; ADL:2; IADL:4); deambulava autonomamente; era in grado di avere rapporti di relazione sia in famiglia che nell'ambito dell'antico quartiere cittadino, superando le barriere architettoniche presenti sia nella propria abitazione che nella città. Dal 2002 al 2005 il servizio ADI ha effettuato solo prestazioni occasionali e monitorato l'andamento funzionale e cognitivo della signora, che è risultato stabile ed immodificato. Nel 2005, all'età di 108 anni, dopo un evento acuto di tipo broncopneumonico, è insorta una cardiopatia sclerotica con FA cronica con successivo impianto di PM, ed una poliatrosi a lieve incidenza funzionale (MMSE:24/30, ADL: 2, IADL:2). Nel 2006, è peggiorata una presbiacusia ed il deficit di visus per cataratta (MMSE 16/30, ADL 2, IADL 1). A gennaio 2007, la Sig.ra A.D. (110 anni), ha presentato un peggioramento motorio con deambulazione assistita per brevi tratti. Nell'ultima valutazione di giugno 2007, il livello cognitivo risulta ulteriormente peggiorato (MMSE 9/30 ADL 1, IADL 1) pur permettendo la capacità di relazione.
Il Servizio ADI, in questo percorso assistenziale condotto fino ad oggi, con tutte le risorse del territorio sia sanitarie che sociali, garantisce la domiciliarità della sig.ra A.D. tenendo presente che il caregiver (figlia 85enne) risulta anch'essa in una età di "grande fragilità".
L'invecchiamento armonico della Sig.ra A.D., suo patrimonio genetico, è stato di stimolo per tutti gli operatori a perseguire un accompagnamento professionale in un percorso fisiologico e dignitoso per mantenere l'individualità e le abitudini dell'anziana signora.

Farmaci associati a progressione della demenza vascolare: risultati preliminari longitudinali del progetto ReGAl

S. Leonardi[1], S. Ercolani[1], M. Pace[1], E. Mariani[1], M. Caputo[2], V. Cornacchiola[1], F. Mangialasche[1], I. Montecucco[1], F.T. Feliziani[1], T. Raichi[1],U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2] Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili ASL 2 Torino

Scopo. La demenza vascolare, entità nosografica eterogenea e spesso sottostimata, è frequentemente influenzata da fattori potenzialmente modificabili. Scopo di questo studio è quello di individuare eventuali associazioni tra il peggioramento del deficit cognitivo e dei disturbi del comportamento e specifiche classi farmacologiche in soggetti anziani ambulatoriali con demenza vascolare.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 243 soggetti, valutati in 19 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra marzo 2001 e luglio 2006 e rivalutati una seconda volta in follow up. Ciascun paziente è stato valutato, sia in basale sia nel follow up, secondo un protocollo standardizzato. Il deficit cognitivo è stato indagato mediante il Mini Mental State Examination (MMSE). I disturbi del comportamento sono stati indagati mediante la Neuropsychiatric Inventory (NPI) a 12 item. Una variazione di + 4 punti nel punteggio totale della frequenza e gravità del NPI è stato considerato come peggioramento dei disturbi del comportamento. Un'accurata anamnesi farmacologica è stata condotta sia in basale che nel successivo follow up. L'analisi dei farmaci è stata eseguita considerando le principali classi sulla base della classificazione internazionale ATC. Per alcune classi farmacologiche di particolare interesse si sono considerate anche sottoclassificazioni e per gli antipsicotici e gli anticolinesterasici sono stati presi in considerazione anche i singole principi attivi.
Risultati. Il campione studiato prevalentemente è di sesso femminile (70.4%) con un'età media di 80.3 ± 5.8 anni, scolarità 5.1 ± 2.9 anni, punteggio medio basale MMSE 16.9 ± 6.7, CDR 1.7 ± 0.9, tempo medio di esordio della demenza 26.7 ± 33.2, punteggio medio basale NPI 24.3 ± 18.1, ADL totale 4 ± 1.8, numero medio di farmaci 3.8 ± 2.1, numero medio di malattie esclusa la demenza 5.5 ± 3. Dal baseline la differenza media del punteggio del MMSE è stata di -0.4 ± 4 e del punteggio del NPI è stata di +0.01 ± 18.10. Il 39.1% dei soggetti va incontro in sei mesi ad un peggioramento cognitivo e il 31.9% ad un peggioramento nei disturbi del comportamento. Il 18% ha avuto sia un peggioramento cognitivo che comportamentale. Verificando l'esposizione alle diverse classi farmaceutiche, la progressione del deficit cognitivo è risultata statisticamente influenzata in senso negativo dall'aloperidolo ($p = 0.031$), dai beta-bloccanti ($p < 0.001$), dai diuretici ($p < 0.001$) e dai farmaci anti-diabete ($p = 0.011$). Tali associazioni risultano statisticamente significative anche correggendo per alcuni potenziali confondenti come i fattori socio-demografici, la comorbilità, la polifarmacoterapia, fattori di rischio vascolare ed il punteggio del MMSE al baseline. Solamente nel caso dei farmaci contro il diabete tale associazione viene giustificata dalla severità della comorbilità vascolare. Il peggioramento della frequenza e/o gravità dei disturbi del comportamento risulta, invece, essere associato all'utilizzo dei farmaci anti-diabete ($p = 0.005$), ai calcio-antagonisti ($p = 0.004$) e ai sartani ($p = 0.014$), mentre un loro non peggioramento è statisticamente associato all'utilizzo di donepezil ($p = 0.032$) e di antidepressivi della classe ATC N06AX ($p = 0.046$). Non sono state evidenziate altre associazioni statisticamente significative tra le variazioni del punteggio del MMSE e/o del NPI e altri farmaci antidemenza e antipsicotici (sia considerati nel loro insieme che divisi per sottoclassi o nelle singole specialità).
Conclusioni. Nella nostra popolazione di soggetti con demenza vascolare la progressione del deficit cognitivo e/o il

peggioramento dei disturbi del comportamento a sei mesi sembrano essere influenzati dall'utilizzo di alcuni farmaci, indipendentemente dalla comorbilità e dai fattori di rischio cardiovascolare. Evitare l'utilizzo di questi farmaci, optando, ove possibile, per classi equivalenti, potrebbe comportare una riduzione della progressione della malattia.

La sintomatologia depressiva nelle donne anziane: è un fattore di rischio cardiovascolare?

F. Limongi, M. Noale, S. Maggi, G. Romanato, G. Crepaldi
C.N.R. Istituto di Neuroscienze, Sezione di Padova – Invecchiamento

Scopo. In un lavoro precedente sui dati ILSA (Marzari et al., 2005) avevamo trovato che la sintomatologia depressiva era un predittore di mortalità cardiovascolare (CV) negli uomini anziani ma non nelle donne. Abbiamo quindi studiato più in dettaglio questo risultato, utilizzando un metodo di analisi che ci permettesse di investigare meglio il rapporto causa-effetto. In Europa circa il 55% di decessi nella popolazione femminile è causata da patologia CV, in particolare da patologia coronarica e ictus, rispetto al 44% negli uomini (Möller-Leimkühler). Identificare, quindi, dei fattori di rischio sesso-specifici può essere fondamentale nella prevenzione cardiovascolare.
Materiali e metodi. Le analisi si basano sui dati dello studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging) che tra il 1992 e il 2000 ha arruolato un campione di 5632 soggetti di età compresa tra i 65 e gli 84 anni. Le informazioni relative alla sintomatologia depressiva valutata tramite la Geriatric Depression Scale (GDS) e alla mortalità CV al follow-up, erano disponibili per un campione di 2795 soggetti. Le caratteristiche del campione al baseline sono state analizzate tramite chi-square test e GLM. L'effetto della sintomatologia depressiva è stato valutato rispetto all'outcome mortalità CV utilizzando modelli di Cox. Prendendo spunto dal lavoro di Mendes de Leon (1998), le analisi sono state eseguite per step successivi, secondo un modello gerarchico. In un modello preliminare è stata testata l'esistenza di differenze tra maschi e femmine nell'effetto della sintomatologia depressiva, inserendo il termine di interazione "sesso x sintomatologia depressiva" al modello aggiustato solo per età. I modelli sono stati quindi stratificati per sesso poiché tale interazione risultava significativa. Nel primo step, l'aggiustamento è stato fatto solo per il fattore età; nel secondo step sono state incluse le variabili socio-demografiche (stato civile e scolarità), nel terzo step sono stati inclusi i fattori di rischio CV (fumo, aritmia, ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, ictus, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi), nel quarto e ultimo step è stato inclusa anche la disabilità fisica (classificata come assente oppure lieve/moderata o grave) valutata tramite le Activities of Daily Living (ADL).
Risultati. Al baseline, i soggetti con sintomatologia depressiva sono risultati essere significativamente più vecchi, con una percentuale più alta di donne, con una prevalenza più elevata di ipertensione, scompenso, diabete, ictus e disabilità fisica rispetto agli anziani privi di sintomatologia depressiva. Analizzando poi le caratteristiche al baseline separatamente per sesso, è emerso che le donne anziane con sintomatologia depressiva si differenziano per un maggior numero di fattori di rischio CV rispetto al gruppo delle non depresse, questa differenza non è stata trovata tra uomini depressi e uomini non depressi. L'analisi per step evidenzia come per gli uomini anziani la sintomatologia depressiva sia sempre un fattore di rischio significativo per la mortalità CV (modello finale: Hazard Ratio-HR = 2.48; 95% confidence interval-CI = 1.62-3.80). Per le donne anziane, invece, la sintomatologia depressiva è un fattore di rischio significativo solo quando sono presenti nel modello età e caratteristiche socio-demografiche (HR = 1.65; 95% CI = 1.01-2.69); l'inserimento dei fattori di rischio CV e della disabilità fisica ne determinano la perdita di significatività. Inoltre, per le donne essere coniugata rappresenta un importante fattore protettivo di mortalità per patologie CV.
Conclusione. La sintomatologia depressiva è più frequente nelle donne. La diminuzione delle attività sociali e fisiche e l'isolamento sociale tipici della depressione favoriscono l'insorgere della disabilità e la comparsa di patologie quali diabete, ictus, aritmia, ipertensione e scompenso cardiaco, che rappresentano dei fattori di rischio certi per la mortalità CV. Nella donna anziana, quindi, la depressione potrebbe rappresentare un fattore di rischio CV, anche se il suo effetto è mediato da patologie e condizioni più direttamente associate alla mortalità CV quali aritmia, diabete, ictus. Nel maschio questo è meno evidente poiché i fattori di rischio tradizionali compaiono molti anni prima e comportano una mortalità selettiva.

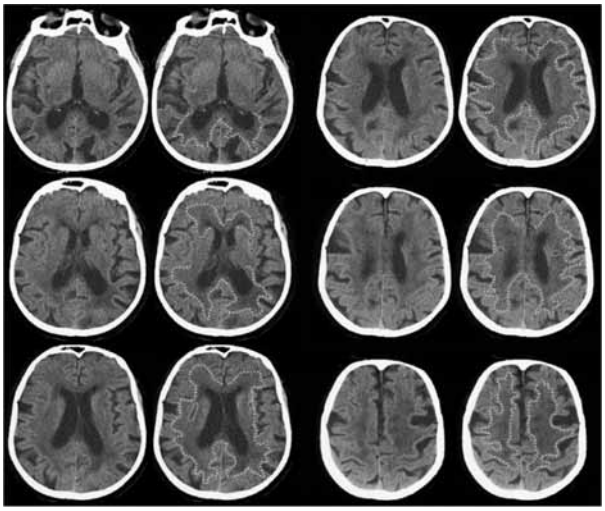
BIBLIOGRAFIA

1. Marzari C, Maggi S, Destro C, Noale M, Bianchi D, Minicuci N, et al; and the Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Depressive simptoms and development of coronary heart disease events: the Italian Lognitudinal Study on Aging. J Gerontol: Medical Sciences 2005;60:85-92.
2. Mendes de Leon CF, Krumholz HM, Seeman TS, Vaccarino V, Williams CS, Kasl SV. Depression and risk of coronary heart disease in elderly men and women. Arch Intern Med 1998;158:2341-8.
3. Möller-Leimkühler AM. Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression. Dialogues Clin Neurosci 2007;9:71-83.

Sintomi cognitivi e depressivi in soggetti non dementi con malattia cerebrovascolare sottocorticale

A. Lo Bue, G. Belvedere, M. Ferlisi, A. Di Prima S. Cardo Santo, C. Aglialoro, G. Bellavia, A. Ferlisi, S. Largueche, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere
Cattedra di Geriatria, Università di Palermo

Recenti studi hanno evidenziato una compromissione delle funzioni esecutive in soggetti non dementi con malattia cerebrovascolare (CVD). Questi pazienti possono anche sviluppare sintomi cognitivi e depressivi.
Scopo. Lo studio vuole approfondire il rapporto tra funzioni esecutive, sintomi cognitivi e depressivi in tali soggetti.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 34 soggetti (20 donne e 14 uomini, età media di 78.1 ± 6.3 anni e scolarità



di 4.9 ± 1.7 anni; non dementi e non depressi. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale con Mini Mental State Examination (MMSE), Barthel Index, Babcock test, GDS, Test dell'orologio. La malattia cerebrovascolare sottocorticale viene rilevata utilizzando immagini TC. In figura sono rappresentati i tre tipi di lesioni che vengono valutate in aree cerebrali differenti: in giallo le aree ipodensità diffusa della sostanza bianca (leucoaraiosi), in rosso le aree focali di ipodensità con contorni sfumati (lesioni sfumate), e in verde le aree di marcata ipodensità con contorni molto definiti (lacune). In un gruppo di soggetti con differenti gradi di decadimento cognitivo è stata valutata la correlazione tra la malattia cerebrovascolare confermata alla neuropatologia e le lesioni vascolari rilevate con la TC eseguita prima della morte. La presenza e la gravità delle lesioni corticali e sottocorticali, e la presenza di leucoraiosi sono state determinate con scala standardizzata di valutazione visiva della TC encefalo. Il punteggio medio al MMSE era di 24.0 ± 2.4. Sulla base del grado di CVD i pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi (assente/lieve e moderata/grave). I gruppi non differivano per età, scolarità, MMSE, Barthel Index,

Risultati. Confrontando le prestazioni ai test neuropsicologici (t-test) si osservava che il gruppo con assente/lieve CVD aveva prestazioni migliori al Babcock e riferiva un minor numero di sintomi depressivi alla GDS.

Quando queste variabili venivano incluse in un modello di regressione lineare multivariato, solo i sintomi depressivi differenziano significativamente i due gruppi I nostri dati supportano l'ipotesi che la CVD possa associarsi a sintomatologia depressiva, ancorché clinicamente non diagnosticata; questa,potrebbe essere responsabile dei sintomi cognitivi e delle disfunzioni esecutive osservate in soggetti anziani non dementi con CVD.

Conclusioni. I risultati mostrano che la TC è in grado di rilevare la malattia cerebrovascolare sottocorticale successivamente confermata alla neuropatologia. Un'accurata valutazione della TC può offrire al medico utili e accurate informazioni utilizzabili nella pratica clinica.

Bibliografia

Frisoni GB, Bianchetti A, Trabucchi M, Beltramello A. The added value of neuroimaging for diagnosing dementia. Am J Neuroradiol 1999,20;947-9.

Triage socio-sanitario del paziente anziano in Pronto Soccorso: la presa in carico tempestiva da parte di una equipe multidisciplinare

M. Lo Storto, M.C. Corti, B. Goat, G. Minozzi, F. Tamellini, E. Bosisio, D. Donato

Direzione Sanitaria, U.O. Geriatria, Azienda ULSS 16, Padova

Premessa. L'utilizzo del Pronto Soccorso come via di accesso anomala a prestazioni di assistenza primaria è diventata pratica frequente, utilizzata soprattutto da utenti anziani e multiproblematici. Nella maggior parte dei casi si tratta di una riacutizzazione di una patologia cronica a volte complicata da problematiche assistenziali o sociali che innescano spesso episodi di ricovero potenzialmente inappropriati o di durata inappropriata.

Pazienti e metodi. Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Antonio dell'ULSS16 di Padova è stata di recente attivata una equipe multi-disciplinare composta da un infermiere, un assistente sociale ed un medico geriatra attivabile dal medico del Pronto Soccorso con l'obiettivo di individuare i bisogni di salute, i percorsi e le risposte più appropriate per utenti anziani ultra65enni.

Risultati. Sono stati valutati 136 pazienti nei primi 5 mesi, caratterizzati in maggioranza da donne, con un'età media di 84 anni, portatori di condizioni complesse potenzialmente gestibili ambulatoriamente ma associati ad elevato grado di non-autosufficienza e di necessità assistenziali. La maggior parte di questi pazienti (75%) sono stati presi in carico già durante l'attesa in PS, mentre il restante 25%, entrati in orario notturno o festivo sono stati intercettati nel reparto di ricovero. Le più frequenti diagnosi di accesso in PS sono risultate: deperimento organico (14%), anemia (13%) agitazione psicomotoria e disidratazione (10%), scompenso, stasi fecale, sincope e cadute (8%). Circa il 55% viveva a domicilio senza alcun programma di assistenza domiciliare mentre il restante proveniva da ADI (42%) o strutture residenziali (3%). Di essi il 53% aveva avuto un contatto con il proprio medico prima di recarsi in PS. Nel 66% dei casi, durante la presa in carico, è avvenuto un contatto tempestivo tra geriatra e medico di famiglia che ha reso possibile la comunicazione e la condivisione del percorso. L'esito immediato è stato, per l'80%, il ricovero in un percorso di *degenza breve* che utilizza canali preferenziali per le prestazioni diagnostiche e specialistiche. Questo percorso è caratterizzato da una degenza di circa 5 giorni, a fronte di una degenza media di 9 giorni per soggetti di pari età ricoverati in reparti internistici. Nel restante 20% dei casi èstato possibile rinviare il paziente a domicilio con un percorso di follow-up, o accoglierlo temporaneamente in strutture di residenzialità extraospedaliera (s. intermedia) che ne sorvegliano il percorso. A distanza di 30 giorni, un follow-up telefonico ha verificato l'esito dell'intervento: 68% erano rientrati a domicilio, 16% erano in struttura protetta per prosecuzione cure o in attesa di definitiva istituzionalizzazione, il 12%

erano ancora ricoverati o avevano subito un nuovo ricovero ed il 4% (3) erano deceduti, tutti durante ricovero ospedaliero.
Conclusioni. Alla valutazione sociale, la grande maggior parte dei pazienti sono risultati ben assistiti e con una rete familiare ancora disponibile, ma messa in difficoltà da un problema sanitario non grave ma non gestibile con le risorse a disposizione della famiglia. La tempestività e l'accessibilità a prestazioni sanitarie ambulatoriali non presente nella rete territoriale, ma garantita dal PS, diventa il principale motivo di ricorso al PS. Misure atte a rendere più accessibile e tempestiva l'erogazione di queste prestazioni da parte di strutture extra-ospedaliere (ADI, forme associative di medicina generale) potrà in futuro migliorare l'appropriatezza del ricorso al PS da parte di persone anziane multiproblematiche.

Gestione della disfagia nel paziente domiciliare cronico – intervento educativo al paziente ed al caregiver

A. Lombardi, L. Fontana, C. Sommadossi, G. Comper, B. Grassi, L. Maines, C. Pramstraller, L. Tonolli, J. Travaglia, G. Cammarata, S. Sforzin, E. Nava

Unità Operativa Assistenza Territoriale, Sevizio Cure Domiciliari, Distretto di Trento e Valle dei Laghi, Azienda Provinciale Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Premessa. Nell'ambito di un progetto Aziendale di miglioramento della qualità dell'assistenza, la nostra Unità operativa ha individuato come rilevante la problematica relativa alla valutazione ed alla gestione della disfagia nel paziente domiciliare.
Scopo. L'obiettivo dello studio è stato produrre e testare uno strumento per la valutazione ed il monitoraggio della disfagia e delle sue complicanze a domicilio, finalizzato all'educazione terapeutica del paziente disfagico e del caregiver.
Materiali e metodi. Il gruppo di lavoro composto da un geriatra un coordinatore infermieristico e 7 infermieri, sulla base di un'accurata revisione bibliografica, ha elaborato una procedura scritta per la valutazione ed il monitoraggio della disfagia a domicilio, ed ha prodotto uno strumento per l'educazione terapeutica al paziente ed al caregiver. Ha quindi definito i criteri di inclusione dei pazienti nello studio: sospetto o diagnosi di disfagia, prognosi quoad vitam non inferiore a 2 mesi, consenso da parte del paziente e/o della rete familiare. Per tutti i pazienti e relativi caregiver ha programmato 5 incontri informativi, tenuti dall'infermiere a domicilio ed inerenti l'educazione alimentare, posturale ed ambientale.
Risultati. Sono stati reclutati 29 pazienti (10 uomini e 19 donne) con un'età media di 77 anni (range 47-98) con segni e sintomi riconducibili a disfagia, che sono stati sottoposti all'iter di valutazione e monitoraggio sperimentando gli strumenti elaborati dal gruppo di lavoro.
Nel 94% dei pazienti risultava la presenza di disabilità rilevata con l'indice di Barthel e definita come la difficoltà e la necessità di aiuto in almeno una delle seguenti attività: mangiare, vestirsi, camminare, fare il bagno, trasferimento letto poltrona, uso del wc.
La presenza di deficit cognitivo grave (Short Portable Mental Status Questionnare = 10) era del 34% dei pazienti in esame. Mentre nel 37% dei casi si è rilevata un'anamnesi positiva per eventi ischemici cerebrali.
La distribuzione delle caratteristiche dei piani assistenziali in atto al momento del reclutamento era: per 17 pazienti assistenza domiciliare integrata (ADI), per 3 assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADI-CP) per altri 3 assistenza domiciliare programmata (ADP) e per i rimanenti 6 pazienti si trattava di un'assistenza domiciliare infermieristica.
Solo il 17% del campione era accudito a domicilio da assistente privata (badante), mentre il rimanente 83% veniva assistito da un familiare (solo un paziente viveva solo).
Al primo incontro con l'infermiere il 62% dei pazienti/caregiver non è risultato a conoscenza del problema in questione e della sua gestione, mentre nel 20% dei casi vi era una buona consapevolezza. Al termine del programma invece il 79% dei pazienti e/o dei rispettivi caregiver aveva compreso adeguatamente la disfagia e capito i problemi e le complicanze ad essa correlate.
L'adesione agli interventi proposti, in particolare la dieta semisolida e l'uso degli addensanti, è stata rispettivamente del 34% e del 48%.
Le motivazioni della mancata compliance nei rimanenti casi sono da correlare innanzitutto alla gravità del deficit cognitivo e alla grave disabilità dei pazienti (nel 50% allettati e totalmente dipendenti all'Indice di Barthel), in minor misura ad una limitata disponibilità da parte dei caregiver e /o pazienti ad accettare gli interventi proposti.
Conclusioni. Riteniamo che l'intervento educativo si sia dimostrato efficace e che lo strumento sperimentato per la valutazione e il monitoraggio della disfagia, come anche il materiale informativo per il paziente e il caregiver, si sia confermato applicabile e maneggevole anche nella pratica quotidiana.

Modificazioni morfologiche e funzionali età correlate della parete vasale in anziani sani

L. Lorenzetti, F. De Negri, F. Moroni, F. Onetto, A. Vara, S. Giusti, E. Tedeschi, L. Parenti, C. Giannarelli, F. Carmassi, F. Pentimone

Dipartimento di Medicina Interna, Sez. Geriatria, Univ. di Pisa

Scopo. L'invecchiamento vascolare in soggetti sani comporta modificazioni della struttura e della funzione dei vasi (aumento dello spessore medio-intimale, ampliamento del lume vasale, alterazione della funzione endoteliale per ridotta vasodilatazione endotelio-dipendente, alterato rapporto coagulazione/fibrinolisi in senso procoagulante e anti-fibrinolitico, basso grado di infiammazione cronica) (1). Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare le modificazioni della struttura e funzione vascolare con l'avanzare dell'età in soggetti sani, utilizzando metodiche non invasive.
Materiali e metodi. Lo studio è stato eseguito in 12 soggetti (3 M, 9 F) con età ≥ 70 anni, che sono stati confrontati con 12 soggetti (6 M, 6 F) di età compresa fra 60 e 69 aa. e 12 (5 M, 7 F) di età compresa fra i 50 e 59 aa. Nessuno dei soggetti ammessi allo studio presentava patologie cardiovascolari clinicamente evidenti: diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, insufficienza renale cronica (ClCr sec. Cockroft < 60 ml/min), obesità (BMI > 30) o altre patologie rilevanti. Inoltre sono stati esclusi i

soggetti fumatori o ex-fumatori da meno di 5 anni. Lo studio è stato effettuato al mattino, in ambiente tranquillo e a temperatura controllata (22-23°C). Dopo aver somministrato i test di valutazione psicometrica e funzionale (ADL, IADL, MNA e MMSE), è stato effettuato un prelievo venoso per la determinazione dei parametri metabolici, degli indici dell'infiammazione, della coagulazione/fibrinolisi, dello stress ossidativo e della capacità antiossidante. È stata quindi effettuata una valutazione della rigidità della parete arteriosa arteriosa, mediante Pulse Wave Analysis (PWA) e Pulse Wave Velocity (PWV) (v.n. 6-10 m/sec) (2), e della vasodilatazione endotelio-dipendente, tramite il metodo della Flow-Mediated Dilation (FMD) (v.n. > 6,3%); infine è stato misurato lo spessore medio-intimale a livello della porzione distale di entrambe le carotidi comuni, ad una distanza di circa 1cm dal bulbo carotideo (IMT) con metodica ecografica (v.n. < 1,0 mm).

Risultati. Tutti i soggetti hanno presentato un normale stato cognitivo (MMSE > 28/30) e funzionale (ADL 6/6, IADL 8/8). Gli esami metabolici nei tre gruppi di pazienti non hanno mostrato differenze significative, ad eccezione di una progressiva riduzione della clearance della creatinina con l'età ($p < 0,05$). È stato rilevato un progressivo incremento con l'età dei valori medi di fibrinogeno, IL-6, TNF-α e D-dimero ($p < 0,05$); inoltre si è evidenziata una riduzione della capacità antiossidante (FRAP) ($p < 0,05$) e un aumento dei livelli circolanti di lipoperossidi (LOOH) in pazienti con età > 60 aa. rispetto ai più giovani ($p < 0,05$). I test strumentali hanno mostrato un incremento con l'età dell'IMT e della PWV aortica ($p < 0,05$). Confrontando i soggetti di età > 70 aa. con quelli più giovani, si è evidenziato un aumento significativo dell'Augmentation Index, un parametro legato alla pressione di pulsazione e quindi allo stress di parete e al post-carico ($p < 0,05$). L'età dei soggetti è risultata correlata con i valori di fibrinogeno ($p < 0,001$), PCR ($p < 0,01$), FRAP ($p < 0,02$), IMT ($p < 0,01$), Augmentation Index ($p < 0,05$) e PWV aortica ($p < 0,01$). In un modello di analisi multivariata con regressione multipla rispetto all'età, in grado di spiegare l'84% della varianza ($r = 0,915$, $p < 0,0001$), sono risultati significativamente correlati con l'età i livelli di fibrinogeno ($p < 0,001$) e di PWV aortica ($p = 0,014$).

Conclusione. I risultati di questo studio mettono in luce una serie di modificazioni della struttura e della funzione vascolare che si verificano con l'avanzare dell'età anche in soggetti sani e privi di fattori di rischio cardiovascolare, suggerendo che l'invecchiamento di per sé costituisce un importante fattore predisponente allo sviluppo della malattia aterosclerotica. In particolare è stata evidenziata una alterazione della funzione endoteliale in senso proinfiammatorio e procoagulante, associata ad un incremento dello stress ossidativo sia per aumentata generazione di agenti ossidanti che per ridotta capacità antiossidante. È stato inoltre osservato un aumento della rigidità arteriosa con incremento della velocità del flusso ematico, dell'Augmentation index e della pressione di pulsazione, che notoriamente si associa ad un incremento del rischio cardiovascolare. Questi dati confermano che anche l'invecchiamento fisiologico è caratterizzato da modificazioni strutturali e funzionali della parete vasale che seppur di lieve entità, sono simili a quelle che si rilevano in pazienti con aterosclerosi e fattori multipli di rischio cardiovascolare. Per questi motivi uno stile di vita sano, una moderata e costante attività fisica e una dieta equilibrata e ricca di antiossidanti, rappresentano le condizioni fondamentali per prevenire o rallentare le modificazioni vascolari che l'età avanzata potrebbe determinare.

Bibliografia

1. Lakatta EG, Levy D. Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises. Circulation 2003;107:139-46.
2. O'Rourke MF et al. Clinical application of arterial stiffness; definitions and reference values. Am J Hypert 2002;15:426-44.

Prevenzione e miglioramento degli stili di vita nell'anziano

S. Lucarini, F. Gallo, A. Manti, L. Morbelli, G. Piastra, P. Cavagnaro

Azienda Sanitaria Locale 4 Chiavarese

Scopo. gli interventi di prevenzione delle malattie in campo geriatrico hanno come obiettivo principale la *"prevenzione della disabilità"*. Nel progetto della ASL 4 Chiavarese l'individuazione e la sperimentazione di azioni per affermare nuovi stili di vita e promuovere lo *sviluppo delle capacità e dell'autonomia delle persone,* vuole favorire la crescita di un cittadino *"consapevole e competente"* che assume maggiori responsabilità per accrescere il proprio benessere. Il cittadino, anche anziano, non è un semplice utente e/o destinatario di servizi predisposti da altri, ma può diventare un interlocutore attivo nei processi di definizione e di attuazione delle azioni che lo riguardano *condizione indispensabile* per attivare risorse *non sostituibili* nelle politiche di prevenzione e per conseguire esiti positivi nell'affermazione di nuovi stili di vita; per avere esiti positivi e duraturi le azioni per affermare nuovi stili di vita si misurano con le motivazioni, la volontà, le scelte delle persone interessate attraverso un'assunzione di responsabilità *condivisa* - dell'interessato, dell'ambiente familiare e sociale. L'innovazione più rilevante del progetto è quella di dar vita ad un processo di *governance* (pubblico, attori sociali, privati) in grado di promuovere, sollecitare e consentire *la partecipazione, la condivisione e l'assunzione di responsabilità* dei cittadini e della comunità nella progettazione e nella realizzazione delle azioni per *"nuovi stili di vita"* per quanto concerne l'*attività fisica* e l'*alimentazione.*

Materiali e metodi. Il metodo utilizzato prevede le seguenti tappe:1) *promuovere* il coinvolgimento della popolazione di riferimento attraverso la sensibilizzazione diretta e attraverso diversi attori istituzionali, sociali e privati; 2) *raccogliere*, attraverso una "griglia chiusa" elementi utili all'individuazione degli stili ed abitudini di vita, alla valutazione delle autonomie ed alle aspettative della popolazione presa a riferimento; 3) *coinvolgere* gli "attori sociali" del territorio che attraverso loro rappresentanti, dopo momenti formativi, diventeranno gli "intervistatori degli anziani". La lettura degli esiti come necessità/aspettative da parte della popolazione di riferimento offre un valido strumento per le Istituzioni di indirizzo e perché si coordini-

no le diverse iniziative, evitando sovrapposizioni ed indirizzando con coerenza ed "equità" le risorse disponibili in base ai reali bisogni; 4) *creare* una "banca dati" per un futuro "osservatorio" socio-sanitario da alimentare con il concorso di tutti gli attori che sarà a disposizione del territorio per migliorare l'efficacia di tutti gli interventi finalizzati direttamente o indirettamente alla popolazione anziana.

Fasi del progetto. a) formazione gruppo interno multidisciplinare ASL 4; b) individuazione e condivisione aree di intervento con gli attori istituzionali e con gli attori sociali; c) censimento situazione demografica dell'ASL 4; d) censimento di risorse attivabili sul territorio (associazioni, volontariato, privati) nonché ricognizione delle attività già avviate; e) coinvolgimento dei MMG per la presentazione del progetto e loro l'inserimento "attivo" nella programmazione/individuazione delle attività, con formazione specifica sull'attività fisica e alimentazione nell'anziano; f) formazione per il personale che opera nelle palestre per l'acquisizione di adeguate competenze circa la corretta mobilizzazione e alimentazione nell'anziano; g) coinvolgimento dei cittadini e verifica delle loro conoscenze rispetto all'alimentazione e all'attività motoria; h) valutazione dei cambiamenti nei soggetti partecipanti al progetto con rilevazione dei risultati.

Risultati. ***A medio termine****: rilevazione delle risorse in presenti sul territorio*:1) N° attori istituzionali e non coinvolti; 2) elenco e valutazione dei compiti e responsabilità assunti dagli attori istituzionali e non; 3) elenco e valutazione dei compiti e responsabilità assunti dai servizi dell'ASL 4 e dai medici di medicina generale; 4) persone e/o target coinvolte nella comunicazione. ***A lungo termine****: rilevazione esiti sulle persone e sul loro grado di coinvolgimento*: 1) N° Persone coinvolte attivamente nelle azioni per nuovi stili di vita (suddivise per fasce di età, per sesso); 2) rilevazione di eventuali modificazioni su: depressione, qualità di vita percepita…; 3) predisposizione di sistemi per monitorare, con la collaborazione dei MMG, le "ricadute/modifiche" più rilevanti rispetto le condizioni di salute e di benessere delle persone che aderiscono al progetto ed eventuali ricadute economiche; 4) collaborazione con le Istituzioni nella programmazione di progetti per favorire nuovi stili di vita per prevenire o ridurre le disabilità e per migliorare la qualità di vita nella terza età; 5) favorire lo sviluppo di anziani "competenti" che si fanno promotori di nuovi stili di vita.

Da ottobre 2006 a giugno 2007 sono stati coinvolti e informati attori istituzionali e non (MMG, farmacisti, associazioni, parrocchie, società sportive, e sono stati individuati coloro che faranno da "formatori degli anziani"; sono inoltre iniziati i corsi di formazione per il personale delle palestre che aderisco al progetto ed è stata individuata la griglia per la raccolta di informazioni da somministrare ai partecipanti.

Conclusione. Le modalità di coinvolgimento dei diversi attori, l'individuazione degli aspetti epidemiologici più rilevanti, la scelta di realtà territoriali diverse (costa, retro-costa, zone montane) creano i presupposti affinchè il "modello" e gli esiti del progetto possano essere riprodotti in altri contesti territoriali della Regione.

Invecchiamento, androgeni e sindrome metabolica: the Baltimore Studio Longitudinal Study of Aging

M. Maggio[1], A. Rodriguez[2], D.C. Muller[3], E.J. Metter[3], S.M. Harman[4], M.R. Blackman[5], R. Andres[3]

[1]Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [2]Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine and Johns Hopkins Bayview Medical Center, Laboratory of Clinical Investigation; [3] National Institute on Aging, National Institutes of Health, Baltimore, MD, USA; [4]Kronos Longevity Research Institute, Phoenix, AZ; [5]Laboratory of Clinical Investigation, National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

La prevalenza della Sindrome Metabolica (SM), valutata attraverso i criteri dell'ATP-III aumenta in corso di invecchiamento, è più elevata negli uomini rispetto alle donne, e la sua sensibilità diagnostica aumenta se i livelli di glicemia dopo curva da carico orale di glucosio (OGTT) sono inclusi tra i criteri. Studi recenti hanno mostrato una relazione inversa tra testosterone e SM, ma poche sono le evidenze di quest'associazione in studi di tipo prospettico.

Scopo. È stato quello di verificare l'associazione livelli di androgeni circolanti e SM, in una coorte di uomini del Baltimore Longitudinal Study of Aging.

Materali e metodi. Sono stati studiati a questo scopo 912 partecipanti ma l'analisi è stata condotta su 674 soggetti di razza caucasica della comunità di età compresa tra 23 e 94 anni che sono stati sottoposti ad OGTT ed in cui sono stati misurati i livelli circolanti di testosterone totale, Deidroepiandrosterone Solfato (DHEAS) e Sex Hormone Binding Globulin (SHBG). Sono stati esclusi soggetti in trattamento con farmaci ipolipemizzanti (N = 7) e quelli di razza non caucasica (N = 49). L'analisi finale è stata condotta in 618 soggetti che sono stati seguiti per un periodo medio di follow-up di 5.8 anni (range 1.5-14 anni). Testosterone, DHEAS e SHBG sono stati dosati attraverso una metodica RIA attraverso Kit della diagnostic systemic laboratories (DSL). L'indice di Testosterone libero (Free Androgen Index, FAI) è stato calcolato come rapporto testosterone/SHBG. Cox proportional Models sono stati utilizzati per valutare il rischio di SM associato ai livelli basali di Testosterone, SHBG, DHEAS e FTI in soggetti del BLSA che erano al baseline erano privi di SM e diabete mellito. Modelli di regressione sono stati utilizzati per valutare l'impatto di ciascun fattore sulla SM.

Risultati. La prevalenza di SM è stata del 4%, 21%, 21% e 18% in soggetti rispettivamente di età compresa tra 20 e 39 anni, 40-59, 60-79 e 80-94, aumentando significativamente con l'età (p = 0.005). I soggetti con SM hanno presentato livelli più bassi di testosterone totale e Sex Hormone Binding ma livelli più elevati di Free Androgen Index.

Testosterone totale e SHBG sono risultati inversamente correlati all'incidenza di SM in un periodo medio di 5.8 anni di follow-up (range 1.5-14 anni) mentre il FAI ed il BMI sono risultati positivamente correlati con l'incidenza di SM. L'età da sola non è risultata un fattore predittivo di SM. La relazione tra età e SM non è mutata nemmeno quando sono stati inclusi anormali livelli glicemici all'OGTT tra i criteri di SM. Modelli di regressione hanno mostrato che è l'SHBG ad avere l'impatto maggiore sull'incidenza di SM.

Conclusioni. La prevalenza di SM aumenta con l'età e si associa a bassi livelli di androgeni. Il testosterone totale e l'SHBG sono importanti fattori predittivi di SM.

I centenari in Toscana

S.U. Magnolfi[1], I. Noferi[1], E. Petruzzi[2], P.Pinzani[3], F. Malentacchi[3], F.M. Antonini[2], N. Marchionni[2]

[1]U.O. di Geriatria, USL 4 Area Pratese, [2] Dip.to Area Critica Medico Chirurgica, Sez. di Geriatria; [3]Dip.to Fisiopatologia Clinica, Sez. Biochimica Clinica; Università di Firenze

Scopo. In un paese che mostra un rapido invecchiamento come l'Italia, i centenari sono la parte della popolazione che mostra la maggiore espansione. Allo scopo di studiare la distribuzione della longevità nel territorio toscano, abbiamo condotto una ricerca sugli ultranovantenni e i centenari in tutti i comuni della Toscana. Per ridurre l'influenza sulla percentuale di longevi di fenomeni come il calo della natalità e le migrazioni, abbiamo utilizzato due nuovi indicatori, l'indice di longevità (rapporto tra gli ultranovantenni e gli ultrasessantacinquenni) e quello di centenarietà (rapporto tra centenari e ultranovantenni).
Soggetti e metodi. Sono stati utilizzati i dati ISTAT aggiornati all'1-1 2005, suddivisi per i 287 comuni che compongono il territorio toscano. Per ogni comune sono stati calcolati i seguenti dati: popolazione totale, percentuale di ultrasessantacinquenni, centenari/10000 abitanti, indice di longevità, indice di centenarietà, rapporto tra centenari di sesso femminile e maschile (sex ratio). I dati ottenuti per ogni singolo comune sono stati poi aggregati in provincie, somma di comuni situati in fasce altimetriche omogenee (al di sotto dei 200 metri di altezza, tra 200 e 600 metri e oltre 600 metri) e contraddistinti da un certo numero di abitanti (meno di 3000, tra 3.000 e 10.000, tra 10.000 e 30.000, oltre 30.000 e capoluoghi di provincia).
Risultati. I dati ISTAT mostrano che rispetto alla media italiana la Toscana è più vecchia (23.04% di ultrasessantacinquenni) e anche più longeva (1.97 centenari per 10000 abitanti). Anche l'indice di longevità è più alto (4.93) in Toscana rispetto all'Italia nel suo complesso (4.32), mentre l'indice di centenarietà è lievemente minore (rispettivamente 1.74 e 1.85). La sex ratio dei centenari toscani (5.18) è lievemente superiore alla media italiana (4.71). Il confronto tra le provincie toscane mostra che la maggiore percentuale di ultrasessantacinquenni è presente a Siena e Grosseto, mentre Prato è la città più "giovane" della Toscana. Siena risulta prima anche nei valori dell'indice di longevità, mentre Grosseto ha i valori più bassi. La provincia con la maggiore percentuale di centenari è quella di Lucca, a cui segue a breve distanza Firenze, mentre a Prato ci sono soltanto 1.37 centenari/10.000 abitanti. Nella provincia di Lucca troviamo anche i valori più elevati dell'indice di centenarietà e della sex ratio. La suddivisione dei comuni toscani in fasce altitudinali mostra che i comuni montani hanno rispetto a quelli collinari e di pianura percentuali più elevate di ultrasessantacinquenni e di centenarietà e valori più alti dell'indice di longevità, mentre l'indice di centenarietà è maggiore nei comuni di pianura. Nei comuni con meno di 3000 abitanti troviamo percentuali elevate di ultrasessantacinquenni e di centenari. I centenari sono particolarmente frequenti anche nei capoluoghi di provincia, dove troviamo anche i valori più elevati dell'indice di centenarietà.
Conclusioni. La Toscana è una regione più longeva rispetto alla media italiana, con un'elevata percentuale di centenari. Il traguardo del secolo di vita viene raggiunto più facilmente in città come Lucca e Firenze, con un elevato tenore di vita e con un buon livello di scolarizzazione. Rispetto alla Sardegna, in cui le zone più longeve hanno una percentuale considerevole di centenari di sesso maschile, in Toscana nelle province più longeve, come Lucca, i centenari sono in grande maggioranza di sesso femminile, e questo dato indica che probabilmente la longevità in Toscana è dovuta più a fattori ambientali che genetici.

Sintomi depressivi come fattori di rischio di conversione da mild cognitive impairment a demenza

F. Maioli, M. Coveri, C. Marchetti, V.Nativio, A. Gardellini, P. Pagni, E. Ferriani, T. Talerico, C. D'Anastasio, V. Pedone

Dipartimento Medico AUSL di Bologna: Centro Esperto per i Disturbi Cognitivi e della Memoria, Unità Operativa di Geriatria, Ospedale Maggiore

Scopo. Verificare se i sintomi depressivi sono un fattore predittivo della conversione da MCI a demenza in una popolazione di pazienti con diversi sottotipi di MCI classificati in base ai criteri di Petersen et al (2004): amnesico (aMCI), non amnesico (naMCI), a domini multipli (mdMCI)).
Materiali e metodi. Dal febbraio 2006 a maggio 2007 sono stati valutati presso il Centro Esperto per i disturbi Cognitivi e della Memoria 97 pazienti portatori di MCI, classificati seguendo i criteri di Petersen in MCI amnesico (aMCI), MCI amnesico a domini multipli (md-MCI), MCI non amnesico (na-MCI), che sono stati sottoposti a rivalutazioni periodiche dello stato cognitivo. I sintomi depressivi al basale sono stati misurati mediante la Geriatric depression Scale (GDS) a 15 items. Valori di punteggio alla GDS ≥ 6 sono stati ritenuti indicativi di sintomi depressivi significativi.
Risultati. Il gruppo di pazienti studiati era composto da 54 donne e 43 uomini. L'età media era 72 ± 7,1 anni, la scolarità 7,3 ± 3,5, il MMSE basale 27,4 ± 1,8. La distribuzione nei diversi sottotipi di MCI era: 29 aMCI, 41 mdMCI, 27 naMCI. Sono stati osservati 20 casi di conversione a demenza (6 AD, 6 VaD, 8AD VaD,) durante un tempo medio di follow-up pari a 1,2 ± 0.6 anni. Rispetto ai soggetti che sono rimasti in condizione di MCI (n = 61) o hanno mostrato una reversione alla funzione cognitiva normale (n = 16), i soggetti che hanno sviluppato demenza erano più anziani, avevano un punteggio inferiore al MMSE, una maggiore prevalenza di ipertensione, evidenza ecografica di ateromasia carotidea, e anamnesi positiva per patologia cardiovascolare. Non differivano per sesso, prevalenza di diabete, e tipo di MCI. La percentuale di portatori di sintomi depressivi non è risultata significativamente diversa nel gruppo dei portatori di MCI che hanno sviluppato demenza (n = 7, 35%) rispetto agli altri. (n = 23, 29.9%, P = 0,658). Il rischio di demenza associato alla presenza di sintomi depressivi, stimato come Odds Ratio (OR) e relativo limite di confidenza al 95% [95%LC] era 1,26 [0,44 - 3,57], e restava non significativo anche dopo aggiustamento per età, sesso, scolarità, presenza

di ateromasia carotidea, anamnesi di patologia cardiovascolare (OR = 0,35 [0,06 - 2,02]).
Conclusione. In questa popolazione di MCI il rischio di conversione a demenza a breve termine non sembra essere influenzato dalla presenza di sintomi depressivi al momento della diagnosi.

Disturbi della masticazione e mortalità in anziani in assistenza domiciliare in Europa: risultati dello studio ADHOC

E. Maiorana, P. Danese, F. Landi, G. Onder, R. Bernabei
Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore

Introduzione. La presenza di disturbi della masticazione è associata ad un carente stato nutrizionale e ad un'alterazione nell'apporto di nutrienti. Queste alterazioni possono condurre ad un aumentato rischio di morte. Tuttavia, le evidenze riguardo l'effetto dei problemi di masticazione sulla mortalità sono ancora limitate. Lo scopo di questo studio è di stabilire l'associazione tra disturbi masticatori e mortalità ad un anno in una popolazione di anziani che riceve assistenza domiciliare in Europa.
Metodi. Abbiamo condotto un'analisi longitudinale utilizzando dati dal database dello studio AgeD in the Home Care (ADHOC), che raccoglie informazioni su una popolazione anziana che riceve assistenza domiciliare in 11 Paesi Europei. I disturbi della masticazione venivano definiti come difficoltà od incapacità a masticare il cibo con facilità e senza dolore, indipendentemente dalla causa. La durata del follow up dello studio è stata di 12 mesi.
Risultati. L'età media dei 2,755 partecipanti allo studio era di 82.2 ± 7.2 anni; 394 (14.3%) presentavano disturbi della masticazione. La mortalità ad un anno differiva significativamente in rapporto alla presenza di disturbi masticatori: 303/2,361 (12.8%) soggetti senza disturbi della masticazione (incidenza per person-year 0.15) e 80/394 (20.3%) soggetti con disturbi della masticazione (incidenza per person-year 0.24) sono deceduti durante i 12 mesi in cui lo studio si è svolto. Dopo aver corretto l'analisi per i potenziali fattori confondenti, il rischio di morte risultava significativamente più alto per i soggetti con disturbi della masticazione (Hazard Ratio 1.45, Intervallo di Confidenza 95%: 1.05 – 1.99). Questa associazione era ancora significativa dopo l'esclusione dei soggetti affetti da deterioramento cognitivo. (HR 1.50, IC 95%: 1.03 – 2.20) e di quelli con perdita di peso non intenzionale (HR 1.62, IC 95%: 1.12 – 2.34).
Conclusioni. Nell'ambito della popolazione anziana in assistenza domiciliare in Europa, i disturbi della masticazione sono associati ad un aumentato rischio di mortalità.

Esperienza di un corso breve di formazione per assistenti domiciliari di anziani con demenza

M. Malgarise, Y. Araujo, D. Viale, R. Mereu, G. Caddeo, F. Coghe, C. Porceddu, P. Putzu
Centro Alzheimer, Divisione di Geriatria, Ospedale SS. Trinità ASL 8, Cagliari

Considerando il progressivo aumento dei casi di demenza afferenti al nostro Centro Alzheimer, l'interesse da parte delle politiche socio-sanitarie territoriali volto a potenziare il servizio di assistenza domiciliare e le pressanti richieste di personale adeguatamente preparato e qualificato ricevute da parte dei familiari che si rivolgono al nostro Servizio, il Centro Alzheimer della Divisione di Geriatria dell'Ospedale SS. Trinità ASL 8 di Cagliari ha organizzato, nell'ambito degli interventi psico-educazionali di supporto alle famiglie, un primo corso breve di formazione per assistenti domiciliari, rivolto prevalentemente alle famiglie assistite dal Centro.
Si è voluta creare una prima occasione per incentivare e valorizzare una nuova possibilità di occupazione professionale, rispondente ad importanti e urgenti bisogni del territorio.
Il corso, totalmente gratuito per i partecipanti, è stato organizzato utilizzando le risorse professionali interne della ASL di competenza, si è svolto nel periodo di gennaio-marzo 2007, con la frequenza di un incontro pomeridiano settimanale della durata di due ore, per un totale di 10 incontri (20 ore).
Partecipanti. Il corso era rivolto a persone di età superiore ai 18 anni, di cittadinanza italiana o straniera, e hanno partecipato n. 27 assistenti domiciliari generici, tutti di cittadinanza italiana, dei quali solamente 4 in possesso di qualifica (OSS e ADST), di età media 42 anni e livello scolastico medio inferiore/superiore (44% medie inferiori, 37% medie superiori). Il 6% risultava in possesso di una laurea. La frequenza e la regolarità di partecipazione al corso è stata molto elevata.
Metodo. Il programma del corso ha compreso diversi argomenti teorici-pratici, del quali alcuni medico-clinici (la clinica delle demenze, i bisogni assistenziali nelle diverse fasi della demenza), altri più specificatamente assistenziali (elementi di primo soccorso, la cura della persona e dell'ambiente, l'ambiente protesico), altri ancora di supporto psico-educazionale (la gestione dei disturbi comportamentali, la comunicazione con l'anziano demente, tecniche di stimolazione cognitiva, occupazionale e sensoriale).
Al termine degli incontri, dopo aver somministrato il questionario di verifica di apprendimento necessario per conseguire l'attestato di partecipazione, i partecipanti hanno compilato un breve "questionario di gradimento e valutazione", in forma anonima, in cui si richiedevano: il grado di soddisfazione complessivo, il livello di apprendimento ottenuto, la soddisfazione relativa ai relatori e all'organizzazione, le considerazioni libere personali sui punti di forza e di debolezza del corso ed eventuali consigli di miglioramento. Le considerazioni libere sono state codificate in categorie descrittive.
Risultati. Dall'analisi dei dati sono risultate molto elevate le percentuali di soddisfazione globale (59% alta, 30% buona), la soddisfazione relativa ai relatori (70% alta, 30% buona), il grado di apprendimento ottenuto (56% alto, 22% buono, 22% discreto) e la soddisfazione relativa all'organizzazione (56% alta, 33% buona).
Fra i punti di forza del corso sono stati individuate come categorie descrittive più frequenti la preparazione dei relatori (41%), la loro disponibilità e la capacità espositiva (37%), l'utilità pratica dei contenuti proposti (37%). I punti di debolezza sono stati indicati nella mancanza di alcune ore di tirocinio pratico in strutture tipo RSA e centri diurni (74%), nella eccessiva brevità del corso (44%) e mancanza di continuità successiva (11%), nel bisogno di

un maggior numero di momenti di partecipazione e scambio fra docente e partecipanti (19%), nella esiguità del materiale messo a disposizione (11%) e nell'uso a volte di una terminologia tecnica medico-scientifica di difficile comprensione (4%).
Conclusioni. Il questionario di gradimento e di valutazione del corso è stato per noi utilissimo per avere un immediato feedback positivo sulla proposta formativa, un incentivo a continuare questa attività formativa e dei suggerimenti pratici e concreti di miglioramento organizzativo.
È emersa in modo molto evidente la richiesta da parte dei partecipanti di avere più tempo e più occasioni a disposizione per approfondire la conoscenza e discutere su tematiche assistenziali così delicate e complesse.

Bibliografia

Vanzetta, L'operatore socio-sanitario. McGraw- Hill.
Jones M, Gentle Care. Carocci Editore.

Indicatori di qualità dell'assistenza domiciliare integrata in Italia: il progetto ULISSE - *un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano*

F. Mammarella[1], G.B. Bochicchio[2], R. Liperoti[1], A. Cherubini[3], R. Bernabei[1], F. Lattanzio[1]

[1] Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma; [2] Direttore CeIMI, ASL 1 Venosa, Venosa; [3] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia

Scopo. Il progetto ULISSE - ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), cofinanziato dal Ministero della Salute e da Pfizer Italia S.r.L., si propone di costituire un osservatorio sulle prestazioni erogate all'anziano fragile nei servizi di assistenza domiciliare integrata. L'obiettivo specifico di questa analisi è di valutare gli indicatori di qualità dell'assistenza erogata nei diversi servizi domiciliari partecipanti allo studio.
Materiali e metodi. Studio osservazionale multicentrico condotto su soggetti ultrasessantacinquenni eletti in modo consecutivo nei 12 servizi di ADI coinvolti nel progetto nei primi sei mesi del 2004. Il disegno dello studio prevede una valutazione al momento dell'arruolamento ed a 6 e 12 mesi. Lo strumento di raccolta dati si compone di due parti: la scheda struttura per descrivere le caratteristiche organizzative e gestionali del serivizio, e la scheda paziente per la valutazione multidimensionale, basata sul VAOR-ADI (Valutazione Anziano Ospite di Residenza per l'Assistenza Domiciliare Integrata). Sulla base dell'esperienza condotta per le RSA, il gruppo di ricerca interRAI ha implementato dal 2003 un progetto volto a sviluppare un set di 22 misure di qualità basate sugli item del VAOR-ADI. Tale strumento è utilizzato in 15 stati, in 7 province canadesi e nel Michigan, come parte del "MI-Choice program" con lo scopo di ridurre le ammissioni in RSA.
Risultati. Il campione è costituito da 907 soggetti anziani. L'età media di 80.7 anni ed il 61.6% è di sesso femminile. Il 57.2% presenta una compromissione funzionale, definita come dpendenza in almeno 1 ADL, ed il 50.8% un deficit cognitivo (CPS ≥ 3). Il numero medio di patologie per assistito è pari a 2.4, mentre il numero medio di farmaci assunti è di 3.5 al giorno.
Le misure di qualità sono state calcolate utilizzando i dati della valutazione basale. Il 13,1% dei soggetti presentava dolore da moderato a grave, ed il 37,0% un trattamento del dolore inadeguato. Il 29% dei soggetti non aveva ricevuto il vaccino antinfluenzale. Nel 20,1% degli eletti si registrava calo ponderale, e nel 9,3% disidratazione. L'umore depresso era presente nel 10,5% del campione, il delirium nel 17,5%, e nel 19,4% venivano riportate cadute. Il 14,2% riceveva pasti inadeguati ed il 28,7% presentava un isolamento sociale. In media ogni singolo servizio evidenziava problemi in 8.4 indicatori di qualità (range: 4-12).
Conclusioni. Il concetto di indicatore è stato sostituito da quello di misura di qualità per garantire una maggiore corrispondenza del dato alla realtà: la misura infatti, rispetto all'indicatore, tiene conto del rischio di base del paziente, ed è quindi riconducibile soltanto, o per la massima parte, alle caratteristiche del servizio. Pertanto, l'utilizzo di tali misure assume rilevanza in termini di sanità pubblica, permettendo il confronto tra la qualità dell'assistenza erogata da diversi servizi di ADI distribuiti sul territorio nazionale.

Bibliografia

1. Dalby DM et al. Risk adjustment methods for Home care Qualità Indicators (HCQIs) based on the minimum data set for home care. BMC Health Serv Res 2005;5:7.
2. Hirdes et al. Home Care Qualità Indicators (HCQIs) based on MDS-HC. Gerontologist 2004;44:665-79.

Le caratteristiche sociodemografiche e lo stress del familiare "unico caregiver": correlazioni con BPSD e funzione

E. Manca, L. Pani, D. Riccio, P.F. Putzu

Centro U.V.A. Asl 8 - Divisione Geriatria P.O. SS.Trinità Cagliari

Scopo. Numerosi lavori in letteratura segnalano la correlazione fra il deficit funzionale del paziente affetto da demenza e lo stress indotto nel caregiver principale, così come quella fra i disturbi comportamentali, non sempre proporzionati al deficit cognitivo, e lo stesso stress. Non sono presenti però, a nostro avviso, studi in cui sia stata fatta una selezione sul caregiver anziché sul paziente poiché, specie in provincia e nelle zone a forte "cultura familiare" (e in quelle meno dotate di centri diurni e RSA) è un familiare prossimo a prendersi carico fisico e psichico dei problemi dell'anziano, mentre la badante resta ancora un fenomeno isolato. Ancora, è la sinergia dei fattori comportamentali e funzionali, e non la loro somma, a determinare il carico sul caregiver. Infine abbiamo tenuto a ipotizzare le conseguenze sociali ed economiche dell'assistenza verificando alcune caratteristiche socio-demografiche del caregiver.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 44 pazienti (età media = 77, range 60-89; f:m = 28:16) affetti da demenza tipo Alzheimer (AD), vascolare (VD) o mista (MD) afferenti l'U.V.A. del P.O. SS.Trinità. Criteri di inclusione: deterioramento almeno moderato (MMSE ≤ 24), deficit fun-

zionali strumentali (IADL ≤ 5) e nelle attività quotidiane di base (ADL ≤ 95%); presenza di disturbi di tipo psicotico/comportamentale associati alla demenza (BPSD); assistenza esclusivamente da un familiare non retribuito e convivente con il paziente per almeno 4 ore al giorno. Criteri di esclusione: forme di demenza secondaria diversa da VD, altre demenze (idrocefalo, PSP, Lewy Body Dementia, Fronto-temporale), psicosi preesistenti, istituzionalizzazione presente o presumibile, presenza di badante o di turni di assistenza organizzati; infine abbiamo escluso chi frequentava un Centro Diurno. Sono stati misurati: MMSE, ADL percentuali, IADL, NPI, Caregiver Burden Inventory, più un questionario di 5 domande elaborato da noi e somministrato al caregiver in forma privata, pertinente i problemi economici, lavorativi e familiari. I risultati sono stati elaborati con analisi statistica descrittiva e di correlazione fra i parametri.

Risultati. È dimostrabile, con il metodo della regressione semplice, la correlazione tra i punteggi NPI e quelli CBI ($p = 0.001$) così come quella fra IADL e CBI ($p = 0.008$), mentre non è significativa quella fra ADL e CBI, ad indicare che a pesare sul carico soggettivo dell'unico caregiver sono maggiormente le attività strumentali e i disturbi del comportamento. Così pure non c'è una relazione diretta tra deterioramento cognitivo e stress causato (MMSE e CBI $p > 0.05$). Vi è invece correlazione fra le ore di assistenza necessarie e la disabilità, sia funzionale strumentale (IADL) che personale (ADL), ad indicare che entrambe sono impegnative in termini di tempo, ma sono le prime a causare più fatica e disagio al caregiver.

Nell'ambito delle singole funzioni/items si rileva che: fra le ADL sono significative le associazioni fra Bagno/doccia ($p = 0.01$), igiene (0.05) e i punteggi CBI, ad indicare che probabilmente il momento dell'igiene personale è critico per chi assiste il demente familiare più che le difficoltà dell'alvo (tamponabili con presidi assorbenti), la deambulazione (con sedazione o supervisione passiva), l'alimentazione. In effetti i pazienti dementi oppongono spesso resistenza alle attività forzate e il fatto di possedere una certa "autorità" verso i figli o il coniuge porta a conflitti nel momento in cui si insiste in attività ritenute dal paziente non piacevoli.

Fra le IADL la più stressante è invece l'uscita da casa ($p = 0.008$) in quanto comporta preparativi ed è spesso fonte di ansia e discussione fra paziente e caregiver, opposizionismo per le visite mediche, l'attività fisica, l'incontro con persone estranee. Fra i disturbi comportamentali si segnalano la disinibizione, i deliri, l'irritabilità e l'agitazione, i disturbi del sonno. Solo successivamente si annovera l'apatia. Ipotizziamo che il parente anziano convivente con il caregiver dia più problemi quando chiama, si alza la notte o si agita, rispetto a quando è depresso/apatico. Paradossalmente mentre l'apatia è il fenomeno più frequente non è quello ritenuto peggiore dal familiare convivente. Dai dati preliminari possiamo trarre anche alcune conclusioni riguardo l'aspetto "sociale" dei caregivers. Si tratta più spesso di femmine, nipoti o figlie del paziente. Le ore di assistenza sono in media 10 al giorno, con un massimo di 17 per quei pazienti che necessitano sorveglianza anche notturna. Inoltre 37 dei 44 caregivers hanno il demente a carico nella propria famiglia e quindi devono far fronte alle necessità quotidiane di entrambi. Ciò spiega perché solo 10 su 44 sono in grado di lavorare, nonostante ciò solo 13 lamentano problemi economici gravi.

Conclusione. Il quadro psicologico e sociale del caregiver che convive con un familiare demente è complesso e spesso misconosciuto. La condizione più pesante sembra essere quella di pazienti con deliri, disturbi del sonno, disinibizione, irritabilità accompagnati a difficoltà negli spostamenti extradomestici e a incapacità fisica, prassica o rifiuto dell'igiene personale. I dati preliminari dovrebbero condizionare la pianificazione assistenziale da parte delle istituzioni.

Efficacia e sicurezza dell'impiego di duloxetina in pazienti depressi anziani: un'analisi dalla letteratura pubblicata

M. Mancini, A. Rossi
Medical Dept. Eli Lilly Italia

Scopo. La Depressione è un disturbo estremamente comune che può diventare disabilitante negli anziani ed è frequentemente associata ad un peggioramento cognitivo e ad un peggioramento della qualità di vita percepita. Duloxetina è un antidepressivo che inibisce il reuptake sia della serotonina che della noradrenalina.

Questo lavoro esamina l'efficacia e la sicurezza di Duloxetina in pazienti anziani depressi.

Sono stati inclusi uno studio su pazienti di età ≥ 65 anni, in doppio cieco, placebo controllato, della durata di 8 settimane, una precedente review che considerava i risultati combinati di efficacia e sicurezza di altri 6 studi *vs.* placebo o *vs.* altro farmaco della durata di 8 o 9 settimane con pazienti oltre i 55 anni di età e di uno studio in aperto, di 52 settimane, di cui è stato preso in considerazione solo il sottogruppo di pazienti oltre i 65 anni.

Materiali e metodi. Lo studio a breve termine esaminava gli effetti di Duloxetina 60 mg/die (n = 207) sulla funzionalità cognitiva (protocol-composite cognitive score), depressione (misurata secondo Geriatric Depression Scale [GDS], HAM-D), stato generale di salute (CGI-S) e dolore (VAS). Lo studio a lungo termine, con Duloxetina a dosaggio compreso fra 80-120 mg/die (n = 101), l'analisi di efficacia includeva una valutazione dello stato di salute (17-item HAM-D, BDI-II, CGI-S and PGI-I) e la qualità della vita (Sheehan Disability Scale [SDS]). Per la valutazione della sicurezza di Duloxetina, sono stati presi in considerazione gli eventi avversi, le variazioni di peso, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, l'ECG, i valori biochimico clinici ed ematici.

Risultati. Negli studi a breve termine, il trattamento con Duloxetina è risultato associato a miglioramento della funzionalità cognitiva, della depressione e dello stato di salute generale rispetto a placebo; anche le percentuali di pazienti con risposta o remissione sono risultate molto più alte rispetto al placebo.

Anche i parametri di valutazione della gravitàe della durata del dolore sono risultati significativamente migliori nei pazienti trattati con Duloxetina.

I risultati sul lungo termine nei pazienti anziani hanno mostrato significativo miglioramento del punteggio HAM-D 17, valutato dopo sei settimane di trattamento sia da parte del clinico (CGI-S), che da parte del paziente (PGI-I).

Lo stato di salute è stato seguito ininterrottamente dalla 1a settimana di trattamento fino alla 52a settimana. La remissione all'endpoint è stata ottenuta nel 72,3% dei pazienti. La percentuale di interruzione del trattamento per eventi avversi è stata, in generale, più alta per Duloxetina rispetto al placebo, negli studi placebo-controllati; il più comune fra questi è stato la nausea.
I dati di sicurezza nello studio a lungo termine hanno evidenziato che la maggior parte degli eventi avversi si verificava all'inizio del trattamento con Duloxetina; inoltre, la loro percentuale non era statisticamente diversa nei pazienti di età ≥ 65 rispetto a pazienti, arruolati nello stesso studio, di età compresa tra i 18-64 anni.
Inoltre la tollerabilità a lungo termine di Duloxetina in pazienti anziani era simile rispetto a quella osservata per pazienti trattati con SSRIs.
Non è stata osservata alcuna variazione clinicamente significativa di peso e di pressione arteriosa nei pazienti trattati con Duloxetina negli studi presi in esame.
Conclusione. L'uso di Duloxetina in pazienti anziani depressi, dai dati ad oggi disponibili in letteratura, risulta efficace sui sintomi depressivi, cognitivi e fisici. Duloxetina somministrata ad anziani è risultata essere sicura e ben tollerata come nei pazienti più giovani.

Bibliografia

Raskin et al. Am J Psychiatry 2007.

Nelson et al. Am J Geriatr Psychiatry 2005.

Wohlreich et al. BMC Geriatrics 2004.

Predittori di comparsa di ulcere da decubito in ospiti di RSA italiane: il progetto Ulisse (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano)

G. Mancioli[1], G. Dell'Aquila[1], C. Ruggiero[1], B. Gasperini[1], T. Mariani[1], R. Gugliotta[1], E. Cirinei[1], N. Palmari[1], F. Patacchini[1], F. Lattanzio[3], R. Bernabei[2], U. Senin[1], A. Cherubini [1]

[1]Instituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia; [3] Pfizer Italia s.r.l.

Obiettivo. Le ulcere da pressione (UdP) rappresentano una condizione molto frequente negli anziani con gravi implicazioni di natura medico-legale per i pazienti ed i sanitari. Pochi sono i dati disponibili sul rischio di UdP nella popolazione ospite in residenza a livello nazionale. L'obiettivo di questo studio è quello di individuare i predittori di UdP in soggetti ultra65enni istituzionalizzati. Questo studio si inserisce nel contesto del progetto ULISSE-RSA, co-sponsorizzato dal Ministero della Salute e dalla Pfizer s.r.l., il cui obiettivo principale è quello di migliorare la conoscenza sull'assistenza socio-sanitaria fornita alla popolazione anziana ospite in residenza.
Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale nel quale 1316 ospiti in residenza ultra65enni e senza ulcere da pressione sono valutati al basale, a 6 e 12 mesi. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a Valutazione Multidimensionale Geriatrica mediante l'utilizzo di uno strumento composto da due schede: la scheda-struttura per descrivere le caratteristiche della residenza e la scheda-ospite, basata sul VAOR-RSA (valutazione anziano ospite in residenza), che raccoglie informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche, stato di salute, stato funzionale, stato cognitivo, tono dell'umore, farmaci, qualità della vita, grado di soddisfazione, consumo di risorse. L'analisi dei dati è stata condotta mediante regressione logistica multivariata.
Risultati. L'età media dei partecipanti al basale, prevalentemente donne (70.8%), è di 83,6 ± 8.4 anni. I soggetti presentano elevata comorbilità (punteggio CIRS 9.5 ± 5.9) ed assumono in media 5,0 ± 3.1 farmaci/die. Alla valutazione dello stato affettivo mediante GDS a 15 item, i partecipanti hanno ottenuto un punteggio di 6,6 ± 3,9, mentre alla valutazione cognitiva mediante CPS (Cognitive Performance Scale) il punteggio è stato di 1,9 ± 1,8. Alla valutazione funzionale mediante ADL (Activity of Daily Living), i partecipanti presentavano una perdita di 3,3 ± 2,8. Alla valutazione a 12 mesi sono stati rilevati 195 nuovi casi di UdP. Indipendentemente da età, sesso, l'anemia (OR:1,79, CI 95% 1,02-3,16) ed il ridotto BMI (OR: 2,49, CI 95% 1,14-5.46) sono risultati fattori di rischi. Il livello di mobilità a letto, intesa come necessità di supervisione od assistenza negli spostamenti dal letto, è risultato tendenzialmente predittivo di UdP (OR:1,51, CI 95% 0.99-2.29). Fattori protettivi nei confronti dello sviluppo di UdP sono risultati essere il rapporto tra numero di medici presenti in residenza ed il numero di ospiti (OR:0.57, CI 95% 0.39-0.86) ed il rapporto tra il numero di ore di presenza degli infermieri in struttura ed il numero di ospiti (OR:0.63, CI 95% 0.42-0.94).
Conclusioni. Il nostro studio conferma che anemia, ridotto BMI e ridotta mobilità sono fattori di rischio per lo sviluppo di UdP mentre dimostra che sono protettive alcune caratteristiche organizzative dell'assistenza in Residenza, quali il rapporto tra medici/ospiti e il tempo di assistenza infermieristica a settimana per ospite.

Livelli plasmatici di vitamina E e rischio di demenza negli oldest old: dati preliminari dal Kungsholmen project

F. Mangialasche[1], L. Fratiglioni[2], M. Kivipelto[2], K. Palmer[2], D. Rizzuto[2], B. Winblad[2], P. Mecocci[1]

[1]Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Aging Research Center, Karoliska Institutet, Stockholm, Sweden

Scopo. Numerose evidenze supportano un ruolo dello stress ossidativo (OS) e nitrosativo (NS) nella malattia di Alzheimer (AD), e la presenza di OS e NS nei soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) suggerisce che tali fenomeni siano eventi precoci nel declino cognitivo (1-2). Molti studi hanno mostrato una riduzione, in soggetti con AD ed MCI, dei livelli plasmatici di antiossidanti non enzimatici, come la vitamina E (3-7). Nella maggior parte dei casi è stato determinato solo l'alfa-tocoferolo, ma ad oggi sono note 8 diverse isoforme di vit. E (alfa-, beta-, gamma- e delta-tocoferolo; alfa-, beta-, gamma- e delta-tocotrienolo), ciascuna delle quali ha numerose proprietà, alcune di queste non condivise dalle altre isoforme (8).

Scopo dello studio è valutare la relazione tra i livelli plasmatici delle isoforme del tocoferolo (alfa-, beta-, gamma- e delta-tocoferolo) ed alcune sue isoforme ossidate (tocoferilchinone) e nitrosilate (5-nitro-gamma-tocoferolo), ed il rischio di demenza in soggetti di età avanzata (≥ 80 aa.).
Materiali e metodi. In un sottogruppo di soggetti partecipanti ad uno studio longitudinale su soggetti anziani (Kungsholmen Project) condotto a Stoccolma (Svezia), sono stati dosati al baseline i livelli plasmatici di alfa-, beta-, gamma- e delta-tocoferolo, tocoferilchinone e 5-nitro-gamma-tocoferolo, mediante High Performance Liquid Cromatography (HPLC). I soggetti erano cognitivamente integri al baseline, e sono stati seguiti per 6 anni, con valutazioni periodiche delle funzioni cognitive. La diagnosi di demenza è stata fatta sulla base del DSMIII-R. La relazione tra i livelli plasmatici di vit. E e l'incidenza di demenza è stata valutata con la regressione di Cox; sono state calcolate anche le curve di Kaplan-Meyer.
Risultati. Dei partecipanti allo studio (n. 232) 56 hanno sviluppato demenza e 146 sono risultati ancora cognitivamente integri all'ultimo follow-up (30 soggetti sono risultati "missing"). Tra i 2 gruppi è stata riscontrata una differenza significativa per ciò che riguarda l'età (soggetti diventati demenți: 86.2 ± 2.8 aa.; soggetti rimasti integri: 84.7 ± 3.2 aa., $p = 0.001$) ed il punteggio al MMSE (soggetti diventati demenți: 26 ± 1.5; soggetti rimasti integri: 27.1 ± 2.1, $p < 0.001$) al baseline. I 2 gruppi non presentavano differenze significative per sesso, scolarità, presenza dell'allele ε4 dell'APO E e familiarità per demenza. Suddividendo i livelli plasmatici in basale dei vari tocoferoli in terzili si è visto che i soggetti al terzile inferiore di gamma-tocoferolo (HR: 1.99, 95% CI 1.04-3.79) e 5-nitro-gamma-tocoferolo (HR: 1.74, 95% CI 1.00-3.00) avevano un rischio maggiore di sviluppare demenza rispetto ai soggetti nel terzile medio e superiore. Anche se l'HR diventava non significativo quando nel modello sono state inseriti età, sesso e scolarità, le curve di Kaplan-Meyer (corrette per età, sesso e scolarità) hanno mostrato comunque la tendenza ad una maggiore incidenza di demenza nei soggetti nel terzile inferiore dei livelli plasmatici di tutte le isoforme del tocoferolo.
Conclusione. I dati di questo studio longitudinale, condotto su un gruppo di soggetti molto anziani, suggeriscono che le diverse isoforme del tocoferolo possono influenzare il rischio di sviluppare demenza in età avanzata (≥ 80 aa.). Occorrono ulteriori indagini per confermare il possibile ruolo protettivo delle diverse isoforme della vit. E nella demenza e nell'AD, e per chiarire l'interazione di queste isoforme tra loro e con gli altri elementi, enzimatici e non-enzimatici che partecipano alla regolazione dell'equilibrio ossido-riduttivo dell'organismo.

Bibliografia

1. Mariani E, Polidori MC, Cherubini A, Mecocci P. Oxidative stress in brain aging, neurodegenerative and vascular diseases: an overview. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci 2005;827:65-75.
2. Valko M, Leibfritz D, Moncol J, Cronin MT, Mazur M, Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human.disease..Int J Biochem Cell Biol 2007;39:44-84.
3. Polidori MC, Mattioli P, Aldred S, Cecchetti R, Stahl W, Griffiths H et al. Plasma antioxidant status, immunoglobulin g oxidation and lipid peroxidation in demented patients: relevance to Alzheimer disease and vascular dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;18:265-70.
4. Praticò D, Clark CM, Liun F, Rokach J, Lee VY, Trojanowski JQ. Increase of brain oxidative stress in mild cognitive impairment: a possible predictor of Alzheimer disease. Arch Neurol. 2002;59:972-6.
5. Rinaldi P, Polidori MC, Metastasio A, Mariani E, Mattioli P, Cherubini A et al. Plasma antioxidants are similarly depleted in mild cognitive impairment and in Alzheimer's disease. Neurobiol Aging. 2003;7:915-9.
6. Helmer C, Peuchant E, Letenneur L, Bourdel-Marchasson I, Larrieu S, Dartigues JF et al. Association between antioxidant nutritional indicators and the incidence of dementia: results from the PAQUID prospective cohort study. Eur J Clin Nutr 2003;57:1555-61.
7. Cherubini A, Martin A, Andres-Lacueva C, Di Iorio A, Lamponi M, Mecocci P et al. Vitamin E levels, cognitive impairment and dementia in older persons: the InCHIANTI study. Neurobiol Aging 2005;26:987-94.
8. Sen CK, Khanna S, Roy S. Tocotrienols: Vitamin E beyond tocopherols. Life Sci 2006;78:2088-98.

Patterns di trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nella pratica clinica: la severità della DE alla baseline influenza la "fedeltà" del paziente al farmaco. Dati italiani dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

F. Mangiapia, C. Vicentini[1], G. Spera[2], S. Di Lena[3], F. Gattuccio[4], F. Pirozzi Farina[5], S. Leoni[6], U. Jacobellis[7], A. Rossi[8], R. Sicuteri[8], F. Fusco, G. De Stefano, D. Arcaniolo, V. Mirone[1]

Clinica Urologica, Università Federico II, Napoli; [1]Unità Operativa di Urologia, Presidio Ospedaliero di Teramo; [2]Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza"; [3]Reparto di Urologia, Ospedale Civile Castellaneta, Taranto; [4]Cattedra di Urologia, Dipartimento Materno Infantile Università di Palermo; [5]Dipartimento di Urologia Università di Sassari; [6] Urologia, Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia; [7]Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari; [8]Eli Lilly Italia S.p.A.

Scopo. Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6mesi che ha arruolato pazienti (pz) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica; i medici erano liberi di prescrivere qualunque terapia per la DE, inclusi i 3 inibitori della PDE5 disponibili sul mercato,e di cambiare terapia in qualunque momento nel corso dello studio. Una significativa percentuale di pz ha preferito continuare ad assumere la terapia di partenza per tutto lo studio,e sono stati definiti completers. L'obiettivo di questo lavoro è di valutare se la severità della DE al BL influisce sulla scelta del paziente di continuare il trattamento prescritto inizialmente o cambiarlo nei mesi successivi(non competers).
Materiali e metodi. Nei centri italiani coinvolti, tra il 2003 e il 2004, sono stati arruolati 1419 uomini (età media 55

anni; range 19-81), affetti da DE di varia etiologia. La valutazione della severità alla BL è stata eseguita con 2 metodi indipendenti: 1) mediante valutazione anamnestica,il medico era tenuto ad esprimere un giudizio di severità della malattia(lieve,moderata o severa); 2) i pz compilavano in privato il questionario autosomministrato IIEF-EF(International Index of Erectile function – Erectile Function Domain). Al termine dello studio,tutti i pz sono stati stratificati in base alla severità della DE alla BL.
Risultati. Le percentuali dei completers sono state: il 55,4% dei pz con DE severa, il 54,9% dei pz con DE moderata e il 48,1% dei pz con DE lieve. La differenza tra i 3 gruppi non è risultata statisticamente significativa. Lo IIEF-EF score medio tra i pz completers, è risultato significativamente migliore rispetto ai non completers: (14,6 *vs.* 13,0; p = 0.0001). Questo risultato è confermato anche considerando separatamente i sottogruppi di pz che assumono sildenafil,vardenafil o tadalafil.
Conclusione. I pz che alla BL presentano un migliore IIEF-EF score tendono con maggiore frequenza a continuare la terapia iniziale. A differenza del soggettivo giudizio di severità che il medico può esprimere in sede di anamnesi, lo IIEF-EF score è un parametro efficace per individuare i pz a maggior rischio di abbandonare o cambiare il trattamento intrapreso.

Progetto di interazione Ospedale-RSA: unità di tutela geriatrica

S. Mannino, S. Lattuada

Divisione di Medicina Interna Ospedale di Alzano Lombardo (BG) - AO Bolognini di Seriate (BG)

Scopo. Realizzare un sistema di interazione tra Ospedale e Territorio che comporti la tutela del paziente anziano fragile, ospite di RSA, nei suoi percorsi intra- ed extra-ospedalieri. 1) tutela in tempo reale dei percorsi clinici dell'anziano dalla RSA all'Ospedale e viceversa, per coinvolgimento di operatori sanitari delle due strutture; 2) tutela del paziente debole e solo, mediante una figura professionale medica o infermieristica geriatrica in contatto con il geriatra al bisogno (vero e proprio Tutor); 3) tutela del paziente nei suoi percorsi diagnostici e terapeutici intra-ospedalieri o nei vari Reparti; 4) formazione "sul campo"di operatori geriatrici: consulenza geriatrica partecipata ad altri operatori, didattica attiva con lezioni, seminari e conferenze (accreditati ECM), scambi informativi con specialisti dell'Ospedale di riferimento; 5) per le RSA, possibilità di consulenze programmate o urgenti del Geriatra ospedaliero convenzionato (eventualmente anche solo telefoniche); 6) coinvolgimento regolare di attività geriatrica ospedaliera ambulatoriale, già programmata con visite cadenzate periodiche e visite urgenti al bisogno (anche con potere certificativo per il conseguimento ad esempio dell'indennità economica "di accompagnamento") presso le Commissioni per l'accertamento delle invalidità civili, ove necessario
Materiali e metodi. Al bancone di Triage del Pronto Soccorso ospedaliero viene codificata già all'accettazione del paziente la provenienza dello stesso da RSA. In tal modo gli addetti all'assistenza e i Tutors ogni giorno dispongono del numero e della tipologia degli accessi a ricovero, con la destinazione nei vari reparti e servizi dell'ospedale. Durante la degenza e i vari spostamenti a scopo diagnostico o terapeutico del paziente questo può essere seguito dal Geriatra, dall'equipe o dai Tutors. Vengono istituiti protocolli di regolare controllo da parte dell'UTG, vengono previste visite-parere periodiche tali da configurare una presa in carico dell'ospite anziano fragile, in tal modo sollevando i reparti di degenza della necessità di richiedere i controlli clinici adeguati a soggetti di tale tipologia, nonché e soprattutto buona parte della gestione clinica piuttosto gravosa e impegnativa di tali soggetti. Già all'atto del ricovero e soprattutto alla dimissione viene attivato nella RSA di invio del paziente il personale dedicato a seguire il singolo caso per quanto riguarda le necessità assistenziali, la puntualizzazione clinica, il decorso e la prognosi, le eventuali certificazioni, il raccordo con le attività ambulatoriali e i controlli clinici. L'Ambulatorio geriatrico della Divisione di Medicina prende in carico i pazienti che necessitano di follow-up consegnando già la data di prossimo controllo alla dimissione dall'Ospedale e rendendosi disponibile per controlli urgenti su richiesta delle strutture di invio.
Risultati. Analizziamo i flussi di ricovero da e per RSA in Divisione di Medicina ed i ricoveri di pazienti ultra75enni con multi-patologia cronica. In totale i pazienti dimessi ultra75enni sono stati 1062, dei quali 53 provenienti da RSA, pari al 5,6% dei ricoveri totali di tale classe d'età. Si deduce una prevalenza media di almeno 4-6 pazienti da RSA in ogni mese dell'anno in Divisione Medica.. Nel bacino di utenza dell'Ospedale di Alzano Lombardo (210 posti letto) gravitano numerose RSA. Se provenienti da RSA, circa la metà degli invii al Pronto Soccorso viene ricoverata. I Reparti di riferimento sono Medicina e Traumatologia.
Conclusione. Dalle valutazioni attuate si evince la necessità di creare una vera e propria "Task force" geriatrica, con sviluppo trasversale e coordinato nei vari servizi operativi di Pronto Soccorso, degenza, ambulatorio e RSA. Il contributo può essere derivato da risorse umane e finanziarie miste, dall'Azienda Ospedaliera, dalla RSA e dai Servizi Sociali comunali, attingendo eventualmente anche dal Volontariato. Il coordinatore è il Geriatra ospedaliero in convenzione.

Associazione tra ictus ischemico o emorragico e sindrome metabolica: studio di coorte prospettico in un istituto di riabilitazione geriatrica della Regione Lombardia

V. Mansi, A. Tomasoni, D. Taccani, L. Ricordi, M. Fioravanti, S.B. Solerte

Dipartimento di Medicina Interna, Scuola di Specializzazione in Geriatria, A.S.P. Istituto S. Margherita, Università di Pavia

Background e Scopo. Negli ultimi anni si è posta sempre maggiore attenzione nei confronti della combinazione dei fattori di rischio che definiscono la sindrome metabolica, in quanto tale sindrome sembra correlata con un aumento di incidenza di malattie ed eventi cardiovascolari, compresa la mortalità. Alla luce dell'invecchiamento della popolazione, e quindi di una verosimile maggiore incidenza della sindrome metabolica nel soggetto anziano, abbiamo voluto valutare l'importanza della sindrome metabolica come fattore di rischio predittivo per accidenti cerebrovascolari

in una coorte di pazienti ricoverati presso un Istituto di Riabilitazione Generale e Geriatrica della regione Lombardia, tenendo conto che le conoscenze sull'associazione tra questa sindrome e gli eventi ischemici cerebrovascolari sono scarse.

Soggetti. Il nostro studio ha preso in considerazione 64 pazienti ricoverati per riabilitazione neuro-motoria conseguente ad un episodio cerebro-vascolare avvenuto non oltre i sei mesi antecedenti il ricovero, di cui 57 soggetti affetti da ictus cerebri (età: 80,4 ± 7,53), 7 soggetti affetti da T.I.A. (età: 84,1 ± 2,41) e 16 controlli sani (età: 81,9 ± 4,1).

Metodi. I pazienti hanno effettuato un prelievo venoso per la determinazione, oltre che dei comuni parametri di routine, dell'omocisteina (noto fattore di rischio cerebrovascolare), della vitamina B_{12}, dell'acido folico, del DHEA-S, dell'insulina, dell'adiponectina, della leptina. È stata inoltre calcolato l'HOMA-IR (parametro di valutazione indiretta della resistenza insulinica). La condizione di prediabete (glicemia tra 100 e 126 mg/dl) è stata definita secondo i criteri restrittivi dell'IDF. I pazienti sono stati valutati dal punto di vista dell'autonomia funzionale (ADL, IADL, Barthel Index), dello stato cognitivo (MMSE), del tono dell'umore (GDS) e della presenza di vascolarità (Hachinski Ischemic Score).

Per definire la sindrome metabolica sono stati utilizzati i criteri del National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel IV. Sono stati, poi, valutati il BMI e la circonferenza addominale.

Risultati. Il 28% dei pazienti sia colpiti da stroke sia da T.I.A. presentavano una condizione pre-diabetica, a fronte del 31% dei controlli. Sono risultati affetti da DM di tipo II il 26% degli ictus, il 28% dei T.I.A. e lo 0,06% dei controlli. Gli affetti da ictus presentavano il BMI più alto (25,5 ± 4,9) rispetto agli altri due gruppi (T.I.A.: 20,8 ± 1,8; controlli: 22,8 ± 1,8), mentre la circonferenza dell'addome (97,3 ± 13,8) e l'indice HOMA (3,2 ± 4,4) erano più alti negli ictus e nei T.I.A. (97 ± 20,6; 3,5 ± 3,07) rispetto ai controlli (78,7 ± 11,6; 1,89 ± 1,28). L'insulinemia era più alta nei soggetti colpiti da ictus (12,05 ± 15,7) rispetto ai controlli (7,6 ± 4,16), mentre l'omocisteinemia era più elevata nel gruppo dei T.I.A (27,2 ± 14,1) rispetto ai controlli (12,5 ± 6,15).

I parametri risultati statisticamente significativi ($p < 0,05$) per rischio di ictus cerebri sono risultati essere: la circonferenza addominale, il BMI, l'omocisteina. Le ADL e le IADL in dimissione sono risultate essere significativamente migliorate ($p < 0,05$) nel gruppo dei soggetti con ictus rispetto ai dati di ingresso, pur rimanendo significativamente ridotte rispetto al gruppo di controllo.

Conclusioni. La valutazione di alcuni semplici parametri correlati alla sindrome metabolica, di facile determinazione nella pratica clinica, permette di definire quali siano i soggetti a rischio di insorgenza di eventi cerebrovascolari (predittività di rischio cerebrovascolare).

Un efficace programma di educazione allo stile di vita e la correzione degli indicatori metabolici di rischio nel paziente anziano sono fondamentali ai fini preventivi e riabilitativi, permettendo di conseguire i migliori risultati clinici in tempi più brevi e con effetti protratti nel tempo.

L'impatto sulle funzioni cognitive dell'anziano di una terapia corticosteroidea continuativa a basso dosaggio

C. Manzo[1], G. Visco[2], N. Ianuale[3]

[1]Responsabile servizio di reumatologia ex Ospedale "Mariano Lauro", Sant'Agnello (NA)- distr. 87/88, ASL NA 5; [2]Neurologo e neuropsicologo clinico – distr. 87/88, ASL NA 5

[3]Psichiatra, componente Centro Demenze distr. 71, ASL NA 4

Scopo della ricerca è stato quello di valutare se ed in che misura l'utilizzo di basse dose di cortisonico (< 10 mg/die di prednisone o prednisone equivalente) somministrate per tempi lunghi (24 mesi) possa inteferire con le funzioni cognitive del paziente anziano.

Materiali e metodi. Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti anziani afferiti consecutivamente nel periodo ottobre 2003 – dicembre 2004 presso il servizio di reumatologia attivo presso l'ex ospedale "Mariano Lauro" di Sant'Agnello (NA) e nei quali è stata diagnosticata una Polimialgia Reumatica (PMR).

La diagnosi di PMR è stata fatta utilizzando i criteri diagnostici proposti dall'American College of Rheumatology (ACR). In una paziente, è stata fatta diagnosi di PMR a VES bassa utilizzando i criteri diagnostici proposti dal gruppo di Rodriguez-Valverde et al.

Dai 37 pazienti con diagnosi di PMR, sono stati poi esclusi tutti i pazienti che oltre alla PMR presentavano patologie comorbide in grado di influire di per sè sulle prestazioni cognitive (ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete mellito, precedenti episodi ischemici cerebrali, malattia di Horton…). Parimenti, sono stati esclusi quei pazienti con PMR che abbiano presentato, nel corso della valutazioni, alterazioni del metabolismo glicidico e/o lipidico (indotte dallo steroide) non adeguatamente controllate da idoneo regime dietetico.

Dei 37 pazienti con PMR, solamente 7 (sette) pazienti hanno rispettato tali criteri di esclusione. In questi sette pazienti studiati, oltre al cortisonico (prednisone ≤ 10 mg/die ; metilprednisolone < 12 mg/die), gli unici farmaci ammessi erano un inibitore di pompa protonica, un difosfonato (alendronato 70 mg/settimana) ed un supplemento orale di calcio e vitamina D. Il cortisonico è stato somministrato, a differenti dosaggi, per almeno 24 mesi.

Ai sette pazienti inseriti nello studio è stato somministrato un test semplice per la valutazione delle funzioni cognitive quali il Mini Mental State Examination (MMSE), corretto per età e scolarità, nella versione italiana validata dal gruppo di Trabucchi.

La somministrazione del MMSE è avvenuta ai tempi 0-1-6-12-24 mesi.

Risultati. Il punteggio MMSE ottenuto al termine della valutazione è risultato al test T per campioni appaiati significativamente migliore rispetto al basale (minimo basale: 24 ; massimo a 24 mesi: 29,1 con una significatività (2-code) pari a 0,002).

Dall'analisi della varianza ad una via (ANOVA univariata), poi, è emerso che tale significatività si instaura già dal primo mese, mentre non vi sono ulteriori variazioni nelle misurazioni successive.

Conclusioni. La PMR, come noto, rappresenta un reumatismo infiammatorio cronico nel quale l'utilizzo di basse dosi steroidee è rapidamente efficace ma con necessità di

somministrazione protratta perché si possa ottenere una piena guarigione.
La nostra valutazione indica che l'impiego di basse dosi di cortisonici anche protratta per tempi lunghi (24 mesi) non riduce le performances cognitive in un campione di pazienti anziani estremamente selezionati (per l'assenza di patologie comorbide).
Nel primo mese di terapia cortisonica, anzi, si è registrato un miglioramento, rispetto al basale, dei punteggi dell'MMSE che si è poi mantenuto costantemente per tutta la durata della terapia.
Tale ultimo dato potrebbe avvalorare l'ipotesi, già sostenuta da altri gruppi di ricerca, che la PMR possa svilupparsi come conseguenza di una insufficienza corticosteroidea relativa nella quale la somministrazione di basse dossi di cortisonici, stimolando i recettori specifici di cui è notoriamente ricca la regione ippocampale, può determinare un miglioramento delle funzioni cognitive del paziente.
Evidentemente successive valutazioni compiute su di un numero maggiore di pazienti con PMR potranno fornire informazioni ulteriori.

Consumo di alcool e declino funzionale in soggetti anziani non disabili: Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) study

C. Maraldi[1], S. Volpato[1], T. Harris[2], A.B. Newman[3], S.B. Kritchevsky[4], H.Ayonayon[5], A. Koster[2], S. Satterfield[6], R. Fellin[1], M. Pahor[7]

[1] University of Ferrara; [2] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, IRP, NIA, Bethesda, MD; [3] University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, [4] Wake Forest University School of Medicine, Winston Salem, NC; [5] University of California, San Francisco, CA; [6] University Of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN; [7] University of Florida, Gainesville, FL

Scopo. Un recente studio trasversale[1] sembra suggerire che il consumo moderato di alcol sia associato ad una migliore funzione fisica e ad una ridotta probabilità di limitazioni funzionali. Scopo di questo studio è quello di esaminare la relazione prospettica tra consumo di alcol e rischio di declino funzionale e di valutare l'effetto di caratteristiche legate allo stile di vita e allo stato di salute su questa associazione.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati dati provenienti da 3.061 soggetti non disabili, di età compresa tra 70 e 79 anni, partecipanti allo studio Health ABC. Outcome dello studio era l'incidenza di limitazione funzionale persistente, definita come la presenza a due consecutive valutazioni di difficoltà nel cammino o a salire le scale. Al baseline sono state raccolte informazioni riguardo il consumo di bevande alcoliche (numero di "drinks" a settimana, un drinks è pari a 15 gr di alcool) e sulla base di queste è stata creata la seguente variabile categorica: ex-bevitore, mai o bevitore occasionale (< 1 drink/settimana), leggero (1-7 drinks/settimana per gli uomini; 1-3 drinks per settimana per le donne), moderato (8-14 drinks/settimana per gli uomini; 4-7 drinks/settimana per le donne), e forte bevitore (> 14 drinks/settimana per gli uomini; > 7 drinks/settimana per le donne). L'incidenza cruda è stata calcolata per 100 anni-persona; l'analisi del rischio proporzionale di Cox è stata utilizzata per calcolare gli Hazard Ratios (HR) e gli Intervalli di Confidenza (CI).
Risultati. L'età media del campione era di 73.6 anni, il 51.7% erano donne e il 41.6% erano Afro-Americani. Durante un follow-up medio di 4.1 anni l'incidenza di limitazione funzionale persistente è stata del 49.4% (n = 1512). I partecipanti che consumavano moderate quantità di alcool al baseline avevano la più bassa incidenza di limitazione funzionale (6.4 per 100 anni-persona; uomini: 6.4 per 100 anni-persona; donne: 7.3 per 100 anni-persona). L'analisi multivariata aggiustata per caratteristiche demografiche e funzione fisica al baseline, confermava questi risultati e i partecipanti con consumo moderato di alcol avevano un rischio ridotto di sviluppare limitazione funzionale persistente (HR:0.72;CI:0.56-0.91). Tuttavia, l'inclusione nel modello analitico di livello di istruzione, fumo, attività fisica e BMI, determinava una sostanziale riduzione della forza dell'associazione (HR:0.81;CI:0.63-1.03) che diventava statisticamente non significativa. L'ulteriore inclusione di indicatori di salute clinici e subclinici non modificava significativamente questo risultato. Le caratteristiche che maggiormente contribuivano ad attenuare l'effetto protettivo del consumo moderato di alcol sul rischio di limitazione funzionale erano le variabili legate allo stile di vita, che determinavano una riduzione del 32% della forza dell'associazione.
Conclusione. In questo campione di soggetti anziani nondisabili, il consumo moderato di alcol si associa ad una riduzione del rischio di limitazione funzionale, tuttavia le caratteristiche legate allo stile di vita appaiono fattori confondenti di questa associazione. Questi dati suggeriscono cautela nell'attribuire un effetto protettivo diretto del consumo moderato di alcol sulla funzione fisica.

BIBLIOGRAFIA

1. Cawthon PM, Fink HA, Barrett-Connor E et al. Alcohol use, physical performance, and functional limitations in older men. J Am Geriatr Soc 2007;55:212-20.

Le cadute non spiegate nell'anziano in riabilitazione ortopedica. Dati preliminari dello "studio CA.SPIT.A II"

A. Maraviglia[1], A. Landi, A. Morrione[1], C. Mussi [2], P. Abete[3], C. Golzio[1], G. Galizia [3], L. Ghirelli[4], G. Noro[5], G. Tava[5], S. Branca[6], G. Spallina[6], P. Putzu[7], D. Riccio[7], P. Cavagnaro[8], S. Lucarini[8], A. Ungar[1]; per il gruppo Italiano Sincope della SIGG (GIS)

[1]Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze e Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; [2]Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Modena; [3]Area Funzionale Geriatria, Azienda Policlinico Federico II, Napoli; [4]U.O. Geriatria Arcispedale S.M. Nuova, Reggio Emilia; [5]U.O. Geriatria, Ospedale Santa Chiara, Trento; [6]U.O. Geriatria e Lungodegenza post-acuzie, ospedale di Acireale, Catania; [7]Divisione di Geriatria, Ospedale SS. Trinità, Cagliari; [8]Dipartimento di Geriatria ASL 4, Chiavari

Scopo. Lo "Studio CA.SPIT.A" è uno studio osservazionale svolto con lo scopo di valutare l'incidenza di cadute di natura indeterminata in pazienti anziani ricoverati dal Pronto Soccorso in reparti di Ortopedia e l'applicabilità di un approccio diagnostico standardizzato nel loro inqua-

dramento. Su 315 pazienti arruolati con età media di 82 ± 7 anni le cadute indeterminate sono risultate circa il 40%. In ben il 96% dei casi non è stato possibile eseguire una valutazione di secondo livello ed il successivo follow up a causa di età molto avanzata, elevata comorbilità e polifarmacoterapia, ma anche per problemi di natura logistica (dimissione di pazienti non a domicilio, cambio di residenza, istituzionalizzazione). Per tale motivo si è deciso di effettuare uno studio randomizzato controllato, il CA.SPIT.A II, arruolando pazienti dimessi da centri di riabilitazione ortopedica, dove probabilmente la gestione del paziente potrebbe essere meno problematica e più efficace.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati tutti i pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati consecutivamente in riabilitazioni ortopediche per i postumi di una caduta. Allo studio partecipano 8 UO di Geriatria diffuse su tutto il territorio nazionale (Firenze, Cagliari, Catania, Chiavari, Modena, Napoli, Reggio Emilia, Trento). Lo studio prevede due tipi di centri: centri di *intervento*, nei quali un medico esperto nel campo della sincope e delle cadute si recherà nella riabilitazione ortopedica prescelta e seguirà tutto il percorso diagnostico e terapeutico, e centri di *controllo* nei quali un medico esperto nel campo della sincope e delle cadute si recherà nella riabilitazione ortopedica prescelta ma si limiterà a riportare in cartella il tipo di caduta e l'iter seguito dalla riabilitazione stessa, senza eseguire alcun intervento. Sono state definite, *caduta accidentale* una caduta spiegata da circostanze accidentali certe, *caduta da causa "medica"* una caduta con nesso casuale diretto con causa medica specifica (ad es. ipoglicemia, iatrogene, attacco ischemici transitorio, drop-attack, infarto miocardio acuto, aritmie, ipotensione ortostatica etc.), *caduta associata a demenza* una caduta in pazienti con diagnosi pregressa di demenza moderata-severa (MMSE < 20/30) e *caduta "non spiegata"* una caduta non accidentale e non legata a cause mediche o iatrogene (patologia acuta o iatrogena). La rilevazione è stata eseguita per due mesi non consecutivi in due stagioni differenti (Giugno 2006 e Novembre 2006). I criteri di esclusione dallo studio sono: caduta accidentale certa (testimonianza diretta o spiegazione plausibile), diagnosi di demenza pregressa e luogo di residenza troppo distante dal centro. Tutti i pazienti arruolati saranno sottoposti ad anamnesi clinica generale, anamnesi clinica specifica per la caduta, anamnesi farmacologia, esame obiettivo, valutazione equilibrio e andatura secondo la "Tinetti Scale" ed esami ematochimici di routine. I pazienti con "caduta da causa non spiegata" andranno incontro, solo nei Centri "di intervento", ad un algoritmo diagnostico derivato dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia per la sincope al fine di identificare una diagnosi responsabile della caduta.

Sarà eseguito un follow-up a 6 e 12 mesi per la rilevazione di out-come quali: mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, nuovi episodi di caduta e sincope, perdita di ADL e IADL.

Risultati. Sono stati arruolati 313 pazienti (età media 82 ± 7 anni), 110 casi e 203 controlli. Da una preliminare analisi dei dati si rileva che tale popolazione presenta un'elevata comorbilità (CIRS media 5.0 ± 4.0) e alti indici di disabilità (BADL 1.4 ± 2, IADL 2.3 ± 3.0). La maggior parte dei pazienti ha presentato una caduta inspiegata (44,4%) e circa il 33,6% è stato ricoverato in seguito ad una caduta accidentale. I pazienti dementi hanno presentato una caduta nel 13,4% dei casi, mentre cadute imputabili a cause mediche si sono verificate nel 8,6%. È in corso di completamento l'analisi sull'eziologia delle cadute e l'efficacia dell'intervento.

Conclusioni. Lo studio mette in evidenza che la popolazione di anziani ricoverati in riabilitazione ortopedica è ad alto rischio per disabilità e comorbilità. Le cause che hanno provocato la caduta sono spesso di natura indeterminata. L'analisi completa dei risultati permetterà di evidenziare quante di queste cadute sono in realtà episodi sincopali.

Il ruolo del polimorfismo al promotore del gene IGF-1 nelle complicazioni del diabete di tipo 2

F. Marchegiani[1], F. Villanova[1], F. Olivieri[1], M. Cardelli[1], R. Lisa[1], C. Franceschi[1 2 3]

[1]Centro di biologia e genetica molecolare, Dip. Ricerche, INRCA, Ancona; [2]Dipartimento di Patologia Sperimentale, Università di Bologna; [3]CIG, Centro Interdipartimentale Galvani, Università di Bologna

Scopo. Numerose evidenze indicano che l'Insulin-like growth factor (IGF-1) possa giocare un ruolo nella patogenesi del diabete di tipo 2 e nelle malattie cardiovascolari. In questo lavoro abbiamo esaminato il ruolo di un polimorfismo genetico nella regione del promotore del gene IGF-1 nello sviluppo del diabete di tipo 2 e nelle sue complicazioni.

Materiali e metodi. Un campione di 540 pazienti con diabete di tipo 2 e 338 soggetti di controllo è stato reclutato nel centro Italia. I parametri antropometrici e biochimici sono stati determinati in tutto il campione. Inoltre, per ogni paziente è stata costruita una cartella clinica con tutte le informazioni riguardanti le complicazioni del diabete di tipo 2. Per questo studio il campione è stato suddiviso in due gruppi dal punto di vista della genetica: soggetti omozigoti per l'allele 192bp e soggetti non omozigoti.

Risultati. La frequenza degli omozigoti per l'allele 192bp non è differente tra soggetti sani di controllo e pazienti con diabete di tipo 2 ($p = 0.380$). Tra i pazienti con diabete di tipo 2, abbiamo trovato che gli omozigoti per l'allele 192bp hanno un rischio doppio di sviluppare ictus rispetto agli altri pazienti (RR = 2.32, IC 95%, 1.17-4.60. $p = 0.013$). Inoltre, questo sottogruppo di pazienti mostra livelli aumentati di interleuchina-6 e di colesterolo.

Conclusione. Queste evidenze suggeriscono che i pazienti con diabete di tipo 2 omozigoti per l'allele192 bp sono più predisposti alle malattie cerebrovascolari. Possiamo concludere che il polimorfismo al promotore del gene IGF-1 potrebbe contribuire a migliorare la stratificazione del rischio di ictus all'interno dei pazienti con diabete di tipo 2.

L'assistenza domiciliare integrata (adi) e le lesioni da pressione

G. Marchese, L. Sutera, S. Vitello[1], S. Lo Re[1], G. Alfano[1], G. Fazio, V. Brucato, L.J. Domiguez, G. Oddo[1], M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Università di Palermo; [1]Servizio Anziani ASL 6 di Palermo

Introduzione. Le lesioni da decubito (LDD) rappresentano un'importante problematica di ordine sanitario, non solo per la loro diffusione epidemiologica, ma anche per la loro rilevanza clinica.
Obiettivi. valutare come il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) opera con i pazienti anziani, affetti da lesioni da decubito, ponendo attenzione ai bisogni, complicanze e difficoltà gestionali degli stessi.
Materiali e metodi. Abbiamo svolto uno studio osservazionale, della durata di un anno, su tutti i pazienti ammessi al servizio di assistenza domiciliare integrata geriatrica nel territorio di Monreale nell'anno 2005. A tutti i pazienti sono state eseguite le scale di valutazione funzionale all'inizio ed alla fine dell'assistenza
Risultati. Sono stati reclutati 88 pazienti, con età media di 76,3 ± 1.3 anni. Per quanto riguarda il motivo di attivazione dell'ADI: 6 (7%) per fratture ossee; 19 (22%) per piede diabetico, 36 (41%) per ictus cerebri, 14 (16%) per ulcere vascolari, 13 (14%) per ulcere da pressione. Il nostro campione è stato suddiviso in due gruppi pazienti con e pazienti senza ulcere cutanee.
Conclusioni. Le LLD rappresentano un evento frequente, potenzialmente prevenibile, grave per il paziente e direttamente legato alla qualità dell'assistenza, perciò occorre personale medico e infermieristico esperto, qualificato e motivato.

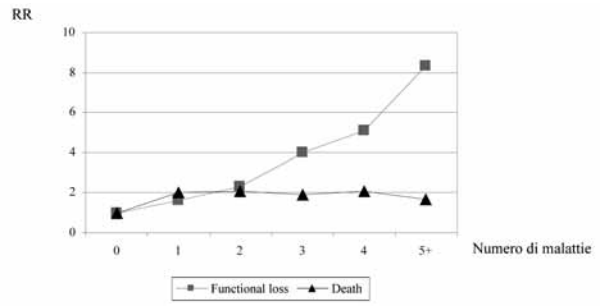
Multimorbilità, perdita funzionale e mortalità nell'anziano

A. Marengoni[1 2], E. von Strauss[1], D. Rizzuto[1], B. Winblad[1], L. Fratiglioni[1]

[1] Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia [2] Università di Brescia. Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Scopo. Recentemente è stata sottolineata da più autori la necessità di espandere la ricerca scientifica sugli effetti della multimorbilità in età geriatrica. Lo scopo dello studio è valutare l'impatto della multimorbilità cronica sulla perdita funzionale e sulla mortalità a 3 anni in una popolazione di anziani.
Materiali e metodi. I dati presentati sono tratti da uno studio longitudinale sull'invecchiamento e la demenza, The Kungsholmen Project (1987-2000). 1099 anziani (77+ anni) residenti a Stoccolma, Svezia, sono stati inclusi nello studio. I partecipanti sono stati tutti visitati da un medico che ne ha raccolto l'anamnesi medica e farmacologica. Le diagnosi sono state supportate da tests di laboratorio e revisione delle dimissioni ospedaliere nella città di Stoccolma nello stesso periodo. La funzione è stata valutata con la scala ADL: l'indipendenza funzionale è stata definita come il bisogno di assistenza in 0-1 attività di base, la dipendenza parziale come bisogno di aiuto in 2-4 attività e le dipendenza totale in 5-6 attività. La perdita funzionale è stata definita come il passaggio fra l'indipendenza o la parziale dipendenza alla parziale o totale dipendenza. I dati di mortalità per i partecipanti sono stati tratti mensilmente dal Registro Nazionale di Mortalità. Modelli di Cox Regression sono stati utilizzati per valutare l'impatto della multimorbilità sulla perdita funzionale e sulla mortalità a tre anni. Età, sesso, scolarità e presenza di disabilità al baseline sono stati inclusi come covariate.

Fig. 1. Rischio relativo di perdita funzionale e mortalità durante il periodo di follow-up dovuto all'incremento del numero delle malattie croniche coesistenti *vs.* no malattie. Covariate: età, sesso, scolarità e disabilità al baseline.



Risultati. Durante la durata dello studio, 363 persone sono decedute e 56 si sono trasferite o hanno rifiutato la valutazione al follow-up. Dei 1099 partecipanti al baseline, il 15% non era affetto da alcuna malattia cronica, il 30% ca da una malattia e il 55% da multimorbilità. La maggioranza degli anziani (88%) era indipendente, il 6% aveva una disabilità parziale e il 6% totale. 85 anziani hanno peggiorato lo stato funzionale durante il follow-up. Il 98% degli anziani non affetti da alcuna malattia cronica era indipendente al baseline e solo il 4% è peggiorato, mentre un incremento nel numero delle malattie croniche è risultato associato ad un lieve ma costante incremento nella prevalenza di disabilità al baseline e di perdita funzionale al follow-up (Figura 1). Solo il 15% di anziani sani è deceduto durante il follow-up; individui affetti da una o più malattie croniche hanno presentato lo stesso rischio relativo di mortalità a 3 anni (Figura 1).
Conclusione. In questo studio la multimorbilità, definita utilizzando il numero delle malattie croniche presenti, è risultata associata alla presenza di disabilità al baseline e di perdita funzionale al follow-up, mentre non sembra essere proporzionalmente correlata alla mortalità. È possibile che la severità delle singole patologie sia in questo caso più importante del numero delle malattie stesse. Nella ricerca sulla multimorbilità nell'anziano diverse strategie analitiche potrebbero risultare appropriate nello studio di outcomes diversi.

Utilità dell'Apathy evaluation scale nella malattia di Alzheimer di grado lieve

A. Margiotta, M. Grigolo, A. Bianchetti, A. Olivetti, P. Ranieri, M. Trabucchi

Istituto Clinico S. Anna e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. La presenza di apatia nella demenza di Alzheimer (AD) è considerata un indicatore precoce di evoluzione di malattia essendo associata a disabilità e aumento del carico assistenziale. Rappresenta inoltre il sintomo non cognitivo più frequente in corso di AD.
Gli strumenti per valutare l'apatia sono limitati. Scopo della studio è valutare l'applicabilità e l'utilità dell'Apathy Evaluation Scale (AES) (Starkstein, 1992) come strumento diagnostico su una popolazione di soggetti con diagnosi di AD afferenti in un centro UVA.
Materiali e metodi. Sono stati considerati consecutivamente tutti i pazienti afferenti al centro UVA nell'arco di 12 settimane con diagnosi di AD in trattamento stabile da almeno sei mesi con farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi e con MMSE > 15/30. L'AES è una scala composta da 14 domande che indagano l'apatia sulla base della motivazione, degli interessi e dell'iniziativa presenti nelle due settimane precedenti. È prevista una risposta graduata da 0 a 3 in base alla frequenza temporale. I possibili punteggi dell'AES variano da 0 (assenza di apatia) a 42 (massimo grado di apatia). Sono stati valutati inoltre i dati anagrafici, il profilo cognitivo (MMSE), funzionale (numero di BADL e IADL perse), comportamentale (NPI), emotivo-affettivo (GDS), il carico assistenziale (scala Mini-Zarit) e il numero di farmaci assunti.
Risultati. Dei 46 soggetti eleggibili, l'AES è risultata somministrabile in 30 soggetti (65%); nei rimanenti casi la scala non è stata completata per difficoltà di comprensione di alcuni item. Il punteggio medio dell'AES è risultato 20,7±9,1 (range 5-38). I punteggi dell'AES sono strettamente correlati con quelli della GDS (χ^2 = .631; p = .001) e dell'item "apatia" dell'NPI (χ^2 = .590; p = .001). La correlazione fra i punteggi dell'AES e del MMSE non risulta statisticamente significativa. Il campione è stato suddiviso in due gruppi utilizzando la mediana (AES = 20) come cut-off. I risultati sono riportati in Tabella. Sono espressi i valori media ± deviazione standard. Per l'analisi statistica è stato applicato il test t di Student per campioni indipendenti.
Conclusioni. L'Apathy Evaluation Scale risulta somministrabile nella maggior parte dei soggetti anziani affetti da AD lieve-moderata. Nelle fasi precoci di malattia può essere uno strumento sensibile per identificare i soggetti a maggior rischio di disabilità funzionale, depressione e disturbi comportamentali. Il grado di compromissione cognitiva non sembra influire sulla presenza del sintomo "apatia" in questo sottogruppo di pazienti. La presenza di apatia si associa inoltre ad aumento del carico assistenziale per i caregivers.

Stress del caregiver e cadute in anziani dementi ambulatoriali: risultati preliminari di uno studio di coorte

A. Mariani, S. Ercolani, S. Andreani, E. Mariani, E. Costanzi, S. Leonardi, M. Pace, F.T. Feliziani, F. Mangialasche, T. Raichi, U.Senin, P. Mecocci, D. Maggio

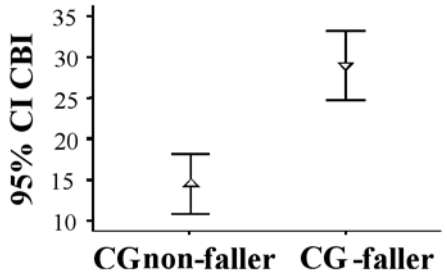
Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugina

Scopo. Gli anziani affetti da demenza hanno un rischio maggiore di frattura rispetto a soggetti cognitivamente integri a causa di diversi fattori (bassa BMD, maggiore propensione alle cadute, minore competenza motoria). In particolare la mobilità è un aspetto cruciale della vita del demente ed è spesso dipendente dal caregiver. Obiettivo di questo studio è quello di definire se esiste una relazione tra stress del caregiver da un lato e caduta (ed eventuale evento fratturativo) nel demente dall'altro.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 106 soggetti anziani con demenza di Alzheimer, con i rispettivi caregiver, afferiti nei primi sei mesi del 2005 al Centro Studi sull'Invecchiamento Cerebrale dell'Istituto di Geriatria e Gerontologia di Perugia. Ciascun paziente è stato studiato accuratamente con gli strumenti della valutazione multidimensionale. Ogni caregiver, di cui sono stati raccolti anche i dati socio-demografici, ha compilato autonomamente 3 scale: la Caregiver Burden Inventory (CBI), la Brief Symptom Inventory - Anxiety (BSI-A) e Depression (BSI-D). Do-

Variabile (range)	**Poca apatia AES ≤ 20**	**Molta apatia AES > 20**
p Età (72-89 anni)	79,2 ± 4,5	81,8 ± 4,8 *NS*
Durata di malattia (8-60 mesi)	25,7 ± 14,3	27,8 ± 12,1 NS
Scolarità (3-12 anni)	5,8 ± 2,4	5,2 ± 1,7 NS
Numero di farmaci (2-6)	1,6 ± 1,2	1,6 ± 1,6 NS
BADL (0-5 funzioni perse)	1,0 ± 1,1	1,6 ± 1,5 NS
IADL (0-8 funzioni perse)	2,9 ± 1,8	4,8 ± 2,3 .045
MMSE (15-27)	20,2 ± 3,3	18,9 ± 2,5 NS
GDS (0-13)	3,8 ± 3,7	7,2 ± 3,5 .028
NPI (0-57)	17,8 ± 17,2	29,8 ± 10,4 .033
Mini-Zarit (0-6)	1,7 ± 1,4	3,5 ± 1,6 .010

BADL: Basic Activities of Daily Living. IADL: Instrumental Activities of Daily Living. MMSE: Mini Mental State Examination. GDS: Geriatric Depression Scale. NPI: Neuro Psychiatric Inventory.

Fig. 1.



po 12 mesi i caregiver sono stati ricontattati e sottoposti ad un questionario con domande specifiche sulle cadute eventualmente occorse rispetto alla valutazione basale.
Risultati. Il campione studiato, composto prevalentemente da donne (60.7%), presentava una età media di 78.8 ± 6.3, lieve disabilità funzionale (ADL 4.8 ± 1.4, IADL 3.2 ± 2), deterioramento cognitivo lieve moderato (MMSE 20.7 ± 5.2, CDR 1.5 ± 0.8), presenza di comorbilità (numero medio di malattie oltre alla demenza 4.7 ± 2.5, indice di comorbilità CIRS 1.4 ± 0.3) e polifarmacoterapia (numero medio di farmaci 3.0 ± 1.7). I caregiver, prevalentemente figlio/a (51%) o coniuge (27.6%), avevano un'età media di 55.8 ± 13. Dopo dodici mesi dalla valutazione basale, i caregiver hanno riferito almeno un episodio di caduta a terra in 54 soggetti dementi, con 18 fratture documentate.
Confrontando le caratteristiche dei soggetti caduti rispetto a quelli di cui non sono stati riferiti episodi di caduta, i primi erano più anziani, affetti da una demenza più grave e una comorbilità maggiore, avevano scolarità più bassa, assumevano un maggior numero di neurolettici ed ansiolitici e il caregiver principale era diverso dal figlio o dal coniuge ($p < 0.05$). La CBI dei caregiver dei soggetti che erano caduti (CG fallers) era significativamente più alta rispetto a quella di coloro che assistevano soggetti non caduti (CG non fallers) nei dodici mesi successivi (vedi figura).
Il rischio di frattura invece è risultato associato significativamente solamente alla presenza di anemia alla valutazione basale e alle cadute riferite fuori dalla abitazione usuale ($p < 0.05$). Correggendo per età, sesso e gravità della demenza del paziente e per età del caregiver, il rischio di almeno un episodio di caduta a terra in dodici mesi è associato al peggioramento della CBI (per ogni aumento unitario OR 1.071 IC95% 1.029-1.114), alla BSI-A (per ogni aumento unitario OR 1.218 IC95% 1.087-1.365) e alla BSI-D (per ogni aumento unitario OR 1.28 IC95% 1.086-1.514).
Conclusioni. Tra i dementi che vivono in comunità, le cadute sono associate con il carico di stress del loro caregiver principale.

Rischio di progressione in demenza in soggetti ambulatoriali con diagnosi di mild cognitive impairment

E. Mariani[1], S. Ercolani[1], M. Caputo[2], F. Mangialasche[1], V. Cornacchiola[1], F.T. Feliziani[1], P. Rinaldi[1], S. Leonardi[1], T. Raichi[1], A. Metastasio[1], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, [2] Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili ASL 2 Torino

Scopo. Il Mild Cognitive Impairment (MCI) è un'entità nosologica che rappresenta un'area di ricerca di particolare interesse. Scopo di questo studio è quello di individuare eventuali fattori associati ad un rischio di progressione in demenza.
Materiali e metodi. Sono stati screenati tutti i soggetti afferiti al Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia per riferiti deficit cognitivi tra il 2000 e il 2006. Ciascun paziente è stato accuratamente valutato con gli strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica e sottoposto a valutazione psicometrica per evidenziare eventuali deficit cognitivi compatibili con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) secondo i criteri di Petersen. Successivamente, dei 136 soggetti in cui era stata fatta diagnosi di MCI, 66 hanno accettato di tornare a controlli successivi e sono stati periodicamente sottoposti ad accurate rivalutazioni cliniche e strumentali.
Risultati. La popolazione presa in esame al T0 era formata da 66 soggetti con MCI (35 di sesso femminile – 53% – e 31 di sesso maschile – 47%) con un'età media di 75.2 ± 5.8 anni, scolarità 7.5 ± 4.2 anni, punteggio medio al MMSE 26.6 ± 2.0, ADL totale 5.7 ± 0.5, IADL 6.3 ± 1.8, numero medio di farmaci 2.3 ± 1.8, numero medio di malattie 4.5 ± 2.8. Tra questi, 24 soggetti (36.4%), di cui 13 maschi (54.2%), con un'età media complessiva di 76.2 ± 5.8 anni e scolarità 8.0 ± 3.8 anni, sono successivamente progrediti in demenza di Alzheimer con un tempo medio di progressione di 16.6 ± 10.7 mesi.
La progressione in demenza, dopo correzione per età, sesso e scolarità, è risultata associata a punteggio MMSE < 26/30 (OR 3.56, IC95% 1.1-11.5), punteggio totale IADL < 8 (OR 5.33, IC95% 1.4-19.9), punteggio rievocazione immediata al test delle 15 parole di Rey < 25 (OR 4.98, IC95% 1.3-18.4) e punteggio rievocazione differita al test delle 15 parole di Rey < 3 (OR 5.76, IC95% 1.7-19.4). Risultati analoghi si hanno anche dopo correzione per altri fattori confondenti, quali la comorbilità e la polifarmacoterapia. Non si sono evidenziate associazioni statisticamente significative con l'utilizzo di specifici farmaci o classi farmacologiche.
Conclusioni. Nella nostra casistica i soggetti che al baseline avevano avuto delle performances testistiche peggiori al MMSE o nelle 15 parole di Rey o riferivano una disabilità anche lieve nelle attività strumentali della vita quotidiana hanno presentato un rischio maggiore di sviluppare successivamente una demenza conclamata. Concentrare l'attenzione principalmente su questi soggetti, valutando anche l'eventuale opportunità di trattamenti precoci, potrebbe permettere di ridurre il tasso di conversione o quantomeno rallentarne la progressione.

Livelli plasmatici di vitamina E e rischio di deterioramento cognitivo nella popolazione anziana: lo studio InCHIANTI

T. Mariani[1], A. Cherubini[1], D. Fruttini[2], S. Bandinelli[3], F. Lauretani[4], C. Ruggiero[1], G. Dell'Aquila[1], C. Andres Lacueva[5], A. Di Iorio[6], L. Ferrucci[7]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2] Dipartimento di Scienze statistiche, Facoltà di Economia, Università di Perugia; [3] Centro di Riabilitazione Geriatria ASF di Firenze; [4] Agenzia Regionale della Salute di Firenze;[5] Dipartimento di Scienze di Nutrizione e di Alimentazione, Università di Barcellona; [6] Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Dipartimento di Geriatria, Università di Chieti; [7] Sezione di Ricerca Clinica, Istituto Nazionale sull'Invecchiamento (NIA), NIH, Baltimora, MD, USA

Scopo. Il numero dei soggetti anziani affetti da deterioramento cognitivo è in continuo aumento, come conseguenza del rapido invecchiamento della popolazione. Pertanto è importante ricercare i fattori protettivi in grado di prevenire o posticipare l'insorgenza del declino cognitivo o perlomeno rallentarne l'inevitabile progressione. Attualmente una particolare attenzione è dedicata agli antiossidanti, in particolare la vit. E, in quanto sembrano avere proprietà neuroprotettive. In una precedente analisi trasversale sullo stesso campione, le persone anziane con bassi valori plasmatici di vitamina E avevano una maggiore probabilità di essere affette da declino cognitivo o demenza. L'obiettivo di questo studio è indagare nella popolazione anziana dello studio InCHIANTI l'associazione tra bassi livelli di vitamina E al basale ed il rischio di deterioramento cognitivo, definito come perdita di almeno 2 punti al MMSE score, dopo un follow-up di 3 anni.
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto nell'ambito dello studio InCHIANTI (Invecchiare in Chianti), un progetto longitudinale, condotto nei comuni di Greve in Chianti (Area 1; 11689 abitanti, di cui 19,3% ≥ 65 anni) e Bagno a Ripoli (Area 2, frazione di Antella: 4704 abitanti; ≥ 65 anni: 20,3%), entrambi in provincia di Firenze. Per questa analisi sono stati selezionati i soggetti di età ≥ 60 anni non affetti da demenza o deterioramento cognitivo al basale. È stato creato un modello di regressione logistica per verificare se i valori plasmatici di vitamina E sono inversamente associati al rischio di deterioramento cognitivo dopo un follow up di 3 anni, indipendentemente dai potenziali fattori confondenti.
Risultati. Il campione considerato per questa analisi include 695 soggetti. Tale campione presentava al basale le seguenti caratteristiche: età media 72 anni, scolarità media di 6 anni, MMSE score 26,5, valori plasmatici di alfa-tocoferolo (vit.E) pari a 30 μmol/L. L'analisi di regressione logistica nella quale la comparsa di deterioramento cognitivo costituiva la variabile dipendente ha mostrato che elevati livelli di vitamina E costituiscono un fattore protettivo (β = -0,0352; $p < 0.005$) nei confronti del rischio di sviluppare un deterioramento cognitivo dopo 3 anni di follow up, indipendentemente da età, sesso, scolarità, livelli plasmatici di trigliceridi, presenza di scompenso cardiaco e punteggio basale al MMSE.
Conclusione. I risultati di questa analisi longitudinale sembrano confermare il dato, già osservato nello studio trasversale, di un effetto protettivo della vitamina E nei confronti del rischio di deterioramento cognitivo in età avanzata.

Handgrip, performance fisica e stato nutrizionale in anziani sani

S. Marin, A. Coin, G. Enzi, S. Sarti, E. Manzato, T. Fricia, S. Mulone, M. Trolese, G. Baldo, F. Miotto, M. Zazzaron, G. Sergi

Clinica Geriatrica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Premessa e scopo. L'handgrip rappresenta un parametro funzionale di semplice rilevazione nell'anziano. Ridotti valori di handgrip sono riconosciuti essere una delle caratteristiche della fragilità. Recenti studi nell'anziano mostrano un'associazione tra ridotta forza muscolare della mano, sarcopenia ed indici infiammatori mentre pochi studi hanno valutato la relazione con la massa ossea e l'osteoporosi.
Scopo del nostro studio è stato quello di valutare, in donne anziane in buona salute che svolgono attività motoria, se bassi valori di handgrip possano individuare soggetti con bassa massa magra e sarcopenia, con ridotta performance fisica e funzionale, con ridotta BMD ed aumentata osteoporosi ed infine più in generale con maggior rischio di fragilità.
Materiali e metodi. Sono state studiate 142 donne di età 71 ± 4 anni reclutate tra soggetti volontari iscritti alle attività motorie del Comune di Padova. Criteri di inclusione: buone condizioni di salute desunte dalla valutazione clinica e dagli esami bioumorali; autosufficienza nelle ADL; BMI compreso tra 19 e 35 kg/m^2. Criteri di esclusione: cardiopatie, malattie infiammatorie acute e croniche, malattie reumatiche, insufficienza epatica e renale, diabete mellito, malattie croniche, neoplasie, compromissione cognitiva.
In tutti i soggetti sono state eseguite le seguenti indagini: *parametri di laboratorio* riguardanti il metabolismo fosfocalcico (25OHD, paratormone), lo stato nutrizionale (albumina) e IL6, TNF, GH; valutazione *della performance fisica* mediante short physical performance battery (SPPB) e SF-36 (item sull'attività fisica); misura della forza muscolare (handgrip ed estensione della gamba, prova isometrica e isotonica) con Dynatronic 100; *densitometria "total body", femorale e lombare* con DEXA-Hologic 4500W per la rilevazione della massa magra (FFM), della massa grassa (FM), e della densità minerale ossea (BMD). I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi scegliendo come cut-off il 50° percentile (16.95 Kg) della forza massima di prensione della mano dominante (handgrip).
Risultati. Rispetto ai soggetti con maggiore forza di prensione (handgrip > 50° perc.) quelli con handgrip < 50°perc. avevano ridotti valori di ASMM (15.6 *vs.* 16.9 kg; $p < 0001$), di ASMMI (6.5 *vs.* 6.9 kg/m^2, $p < 0.01$), una maggiore prevalenza di sarcopenia (7% *vs.* 1.4%) e valori più elevati di IL6 (2.8 *vs.* 2.2 ng/L; $p < 0.05$) e TNF (11.4 *vs.* 7.4 ng/L, $p < 0.05$). Inoltre tali soggetti presentavano una ridotta performance funzionale riguardante la forza isometrica (16.8 *vs.* 21.8; $p < 0.01$) ed isotonica (14 *vs.* 16; $p < 0.01$) delle gambe, lo score totale SPPB (9.8 *vs.* 10.4) e l'abilità di alzarsi dalla sedia (2.6 *vs.* 3).
Anche i parametri ossei risultavano più compromessi nei soggetti con handgrip < 50° perc.: essi avevano ridotti valori di BMD alla colonna (0.85 *vs.* 0.93 g/cm^2; $p < 0.01$), al collo del femore (0.65 *vs.* 0.69 g/cm^2, $p < 0.01$), una maggior prevalenza di osteoporosi (34% *vs.* 18%); inoltre valori più elevati di paratormone (62.9 *vs.* 49.1 ng/l; $p < 0.01$) e valori simili di 25OHD.

Le regressioni lineari semplici tra handgrip e le altre variabili studiate mostravano una correlazione significativa per vitamina D3, PTH, GH, TNF, ASMMI e SPPB totale. Tra queste variabili, inserite in un modello di regressione lineare multipla con handgrip come variabile dipendente, restavano significativamente associate l'ASMMI, il TNF e il GH.
Conclusione. I soggetti anziani in buono stato di salute ma con ridotta forza muscolare (handgrip) risultavano più sarcopenici rispetto ai controlli e manifestavano una peggiore performance fisica. Tale quadro sembrava associato a valori incrementati di citochine infiammatorie, IL6 e TNF. La ridotta forza di prensione, inoltre, sembra associata ad una riduzione della BMD e ad una maggiore prevalenza di osteoporosi. Ulteriori studi sembrano necessari a chiarire il rapporto tra queste condizioni e i probabili comuni meccanismi etiopatogenetici. L'handgrip può risultare nell'anziano sano con buona attività motoria, un indicatore di sarcopenia osteoporosi e più in generale di fragilità.

L'ipoglicemia severa nell'anziano

P. Marnini, C. Borsani, P. Stefanoni

Unità Operativa di Geriatria, Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese

Introduzione. L'aumento dell'attesa di vita alla nascita e dell'età media della popolazione, è uno dei fattori più importanti della prevalenza crescente del diabete nel mondo. In Italia, nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4.2%, percentuale che varia con l'età, passando dal 2.5% nella classe di età 45-54 anni al 16.3% negli ultrasettantacinquenni. Il miglioramento degli obiettivi di compenso pur avendo determinato una diminuzione e un ritardo nell'insorgenza delle complicanze a lungo termine del diabete mellito, è però causa di un aumento di circa 3 volte della frequenza degli episodi di ipoglicemia severa, che nelle forme più gravi, può determinare l'insorgenza di infarto del miocardio, di ictus cerebri e, nei casi estremi, la morte. Il rischio di ipoglicemia severa aumenta esponenzialmente con l'età.
Materiali e metodi. Lo studio, di tipo retrospettivo, è stato condotto sui ricoveri effettuati presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese nel periodo compreso dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2006. In totale i pazienti ricoverati sono 8461, il diabete mellito era presente nel 22.8% dei casi, di questi il 3.7% veniva ricoverato per ipoglicemia (72 pazienti).
Risultati. L'età media e la durata media della degenza dei pazienti con diagnosi di ipoglicemia sono rispettivamente 79.9 anni e 14.9 giorni. Il 91.6% ha una scolarità inferiore o uguale a 5 anni e solo il 6.9% è istituzionalizzato; 67 pazienti vivono al domicilio e di questi ultimi il 16.4% vive solo e il 43% è assistito da figli /nipoti. Il controllo della terapia farmacologica ipoglicemizzante nei pazienti ricoverati per ipoglicemia era nel 77.7% dei casi affidato al medico di base e solo nel 22.2% al medico specialista diabetologo. Il 59.7% dei pazienti era in terapia solo con ipoglicemizzanti orali, il 22.2% con insulina e il 17.8% con entrambe. L'ipoglicemizzante orale più frequentemente utilizzato è la metformina associata alla glibenclamide (44.1%), combinazione maggiormente utilizzata anche in associazione con l'insulina (53.8% dei casi). L'associazione metformina + glibenclamide, oltre ad essere causa più frequente di ipoglicemia, sembrerebbe la causa più frequente dello stato di coma osservato nei ns. pazienti ricoverati per ipoglicemia (35%). Solo l'11.1% (8 soggetti) presentavano all'esordio i classici sintomi neurovegetativi (agitazione, sudorazione, cardiopalmo, ect) mentre in 19 casi (26.3%) veniva segnalato un deficit stenico e/o dell'eloquio (di questi 2 con esito permanente (ictus cerebri) ; in 7 casi (11.1%) veniva riferito un episodio di perdita di coscienza e in 5 casi un episodio di caduta a terra dei quali uno evoluto in emorragia subaracnoidea secondaria a trauma cranico commotivo, il 4.1% esordiva come stato confusionale e l'11.1% e il 20.8% venivano rinvenuti rispettivamente in stato di sopore/torpore e di coma. Nei giorni precedenti il ricovero in 46 soggetti su 72 erano presenti uno o più sintomi quali anoressia, febbre, vomito, astenia, diarrea, dolore,ecc e che alla dimissione in 30 casi era riportata una delle seguenti diagnosi: infezione delle vie urinarie (11 soggetti), infezione delle basse vie respiratorie (8 soggetti), gastroenterite (2 soggetti), sindrome influenzale (4 soggetti), ecc. Nei 26 soggetti asintomatici in due casi veniva diagnosticata una polmonite e in 3 casi un 'infezione delle vie urinarie intercorrente e in un caso un infezione al piede. Dei 72 pazienti ricoverati per ipoglicemia quattro sono deceduti nel corso della degenza
Discussione. Nella popolazione in esame l'ipoglicemia severa non sembra correlarsi alla presenza di patologie croniche e di marker di fragilità tipici dell'anziano (i pazienti giunti in coma avevano un indice di CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) inferiore a quelli con stato di vigilanza integro). Fattori di criticità nella genesi dell'ipoglicemia severa appaiono la bassa scolarità (il 91.6% ha solo la licenza elementare), la solitudine (la maggior parte dei pazienti viveva solo o era assistito da figli /nipoti in maniera non continuativa) unitamente alla scarsa informazione/educazione sanitaria del paziente stesso e/o del caregiver (solo il 22.2% era seguito da medico specialista diabetologo). La presenza di sintomi secondari a patologie intercorrenti di tipo infettivo nei giorni precedenti il ricovero sembrerebbe un altro fattore di rischio di ipoglicemia severa. I benefici di una potenziale diminuzione delle complicanze del diabete mellito secondaria ad un miglior controllo glicemico devono essere bilanciati dall'assenza di un rischio significativo di ipoglicemia nell'anziano, soprattutto se affetto da patologie cardiache o cognitive.La scelta del trattamento richiede un approccio personalizzato che consideri l'eterogenicità del processo di invecchiamento e comunque un trattamento ottimale dovrebbe iniziare con un'adeguata educazione sanitaria del paziente che dovrebbe essere seguito con un approccio integrato.

Bibliografia

Memeilly GS, Tessier D. Diabetes in elderly adults. J Gerontol A Biol Sci Med 2001;56A:M5-M13.

Rendell MS. Diabetes management in older adults. Clinical Geriatrics 2004;12:43-51.

Sakharova OV, Inzucchi SE.Treatment of diabetes in the elderly. Postgraduate Medicine 2005;118:1-11.

The Diabetes Control and Complications Trial /Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group 2007;356:1842.

Il dolore nell'anziano: dati epidemiologici in una popolazione afferente alla S.C.D.U. di Geriatria - ASO San Giovanni Battista Molinette Torino

E. Martinelli, L. Corsinovi, M. Gonella, M. Bo, M. Molaschi[1]

[1] S.C.D.U. di Geriatria–ASO San Giovanni Battista Molinette Torino

Scopo. Il dolore cronico nella popolazione anziana è un problema di primaria importanza, in quanto presenta una elevatissima, se pur sottostimata, prevalenza e determina numerose e severe ripercussioni sul quadro funzionale dei soggetti.
Ciò nonostante la maggioranza degli studi sul trattamento del dolore sono stati condotti su soggetti giovani. Ciò comporta una carenza di reale evidenza scientifica a supporto delle strategie per la valutazione e la gestione del dolore negli anziani
Materiali e metodi. È stato effettuato uno studio osservazionale, per valutare la prevalenza del dolore cronico (presente da più di tre mesi) e delle sue caratteristiche, in un gruppo di pazienti ultra65enni ricoverati presso la S.C.D.U. di Geriatria dell'A.S.O. San Giovanni Battista di Torino. Dal 10/08/2006 al 10/11/2006 sono stati arruolati 149 pazienti, consecutivamente ricoverati presso il reparto di degenza per acuti o presso il servizio di Ospedalizzazione a Domicilio della S.C.D.U. di Geriatria. Il gruppo in studio è stato suddiviso in quattro sotto-insiemi per fasce d'età (65-70 anni; 70-75 anni; 75-80 anni; più di 80 anni). Sono stati raccolti: dati demografici (l'età, il sesso e la condizione abitativa), clinici, di comorbidità e funzionali (MMSE, ADL, IADL). Per la valutazione del dolore è stato utilizzato il Brief Pain Inventory (BPI). Nel nostro studio l'intensità del dolore è stata suddivisa in tre classi: lieve (VAS minore di 4), moderato (VAS 4-6), severo (VAS maggiore di 6). Sono state, inoltre, considerate le limitazioni alla mobilizzazione, le attività sociali e fisiche, la qualità del sonno, il tono dell'umore e la percezione del proprio stato di salute.
L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il pacchetto SPSS per Windows versione 11.5.
Risultati. Il campione esaminato comprendeva 149 pazienti, di età media di 78.8 ± 7.1 anni, di cui 79 uomini (età media 78.8 ± 8.6 anni) e 70 donne (età media 79.3 anni ± 8.2 anni). Il 42% lamentava dolore cronico (sintomatologia presente da più di tre mesi). Il dolore è stato rilevato più frequentemente tra le donne (60.9% versus 39.1%). Tra i 63 pazienti che accusavano dolore cronico, le sedi più frequentemente interessate in erano le articolazioni, la schiena e gli arti inferiori. La dipendenza alle ADL è risultata del 39% (59 soggetti). In generale il dolore cronico pare causare una scarsa ripercussione sulle attività quotidiane, in quanto il punteggio cumulativo medio al BPI è risultato di 20.35, con, tuttavia, una DS di 14.13. Questo esprime un'ampia dispersione dei parametri, significativa di una notevole variabilità nella ripercussione del dolore cronico sulla vita quotidiana del soggetto anziano.
Conclusione. Nell'anziano il dolore, fortemente influenzato da aspetti psicologici e culturali, è di difficile interpretazione, tanto più quanto il paziente si fa più fragile e compromesso. Dal nostro studio emerge che il dolore ha una prevalenza elevata ed influisce negativamente sulle performance funzionali, sul cammino, sulla mobilizzazione, sul tono dell'umore e sulla percezione della qualità della vita. Nei soggetti non cognitivamente compromessi e con sintomi cronici l'attuazione di strategie di coping fa sì che la funzionalità risulti meno inficiata rispetto a soggetti con livello di dolore analogo ma con carattere di acuzie. Il nostro contributo si aggiunge agli altri studi che sottolineano la necessità di una valutazione e una trattamento del dolore nell'anziano con strumenti il più possibile implementati sulla elevata complessità e peculiarità del paziente geriatrico.

BIBLIOGRAFIA

STAT. Annuario Statistico italiano 2005. Roma 2006.

Gibson SJ. Pain Clin Update, Vol XIV, N3, 2006.

American Society Panel on persistent pain in older people. The management of persistent pain in older people. JAGS 2002;50:S205-S224.

Helme RD et al. The epidemiology of pain in elderly people. Clin Geriatr Med 2001;17:417-31.

Goldstain NE et al. Treatment of pain in older patients. Oncology Ematology 2005;54:157-64.

Ferrell BA. The management of pain in long-term care. Clin J Pain 2004;20:240-3.

Helme RD, Gibson SJ. Age-related differences in pain perception and report. Clin Geriatr Med 2001;17:433-56.

Bernabei R, Gambassi G, Lapane K. et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group JAMA 1998;279:1877-82.

EFIC's declarationeuropean parliament 2001 http.//www.efic.org/about_pain.htm#efic_declaration.

Oral care nella unità geriatrica per acuti: comorbilità e bisogni odontostomatologici del paziente anziano ospedalizzato

E. Martini[1], S. Frigeri[2], A. Nardelli[1], S. Pizzi[2], ML. Lunardelli[3]

[1]Unità Operativa di Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma; [2]Unità Operativa di Odontostomatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma; [3]Ospedale S. Orsola-Malpighi Bologna, Divisione Geriatrica

Scopo dello studio. La popolazione anziana presenta una notevole prevalenza di problemi orali e dentali non solo per le patologie che coinvolgono direttamente il cavo orale, ma anche per gli effetti cumulativi delle malattie sistemiche, per gli effetti secondari della polifarmacoterapia, per la perdita dell'autosufficienza e per le difficoltà economiche e di accessibilità ai servizi (1). Alcuni studi suggeriscono che le problematiche odontostomatologiche possono essere sottovalutate durante l'ospedalizzazione (2).
Scopo del nostro studio è stato applicare un protocollo per la rilevazione dei bisogni odontostomatologici del paziente anziano ospedalizzato e identificare i principali fattori clinici, funzionali e sociali correlati alla presenza dei problemi del cavo orale.
Materiali e metodi. 100 pazienti estratti in modo randomizzato tra tutti i ricoveri in unità operativa di geriatria sono stati sottoposti ad una valutazione doppia in cieco geriatrica ed odontostomatologica.

La valutazione multidimensionale geriatrica era composta da: anamnesi patologica e valutazione della comorbidità (CIRS), anamnesi farmacologica, valutazione nutrizionale (MNA, BMI, vie di alimentazione, presenza di disfagia, esami bioumorali), assessment cognitivo (SPMSQ), funzionale (ADL, IADL), emotivo-affettivo (GDS), anamnesi sociale (condizioni abitative).
Lo Specialista Odontostomatologo ha utilizzato una scheda di rilevazione tratta dallo strumento dell'OMS modificata da Strohmenger e Ferro, adattata ai bisogni dell'anziano ricoverato (3 4). Ha utilizzato inoltre un nuovo strumento per lo screening dei problemi del cavo orale denominato "The Oral Health Assessment Tool"(OHAT) (5), di cui abbiamo tradotto e predisposto un apposito testo.
Le rilevazioni sono state sottoposte ad analisi statistica descrittiva delle problematiche e dei bisogni odontostomatologici più frequenti, ed analisi statistica di correlazione, regressione lineare e logistica al fine di identificare i fattori clinico-funzionali maggiormente correlati alle problematiche orali.
Risultati. Alterazioni al cavo orale sono state riscontrate nell'85% dei pazienti analizzati. Patologie conclamate o problemi di grave entità (OHAT > 9) sono stati rilevati nel 45% dei casi. Le alterazioni riscontrate con maggior frequenza erano a carico di: denti naturali residui (98%), protesi dentale (61%), igiene cavo orale (43%), xerostomia (58%).
L'analisi delle variabili socio-funzionali e cliniche ha evidenziato che la patologia del cavo orale era significativamente correlata con il deterioramento cognitivo ($r = 0,539$; $p = 0,000$), la perdita dell'autosufficienza nelle ADL ($r = -0,414$; $p < 0,05$) e l'indice di Severità CIRS ($r = 0,414$; $p = 0,001$). Inoltre, la perdita dell'autonomia nell'igiene orale, indipendentemente dalla causa, era associato ad un rischio aggiunto di 7 volte (Odds Ratio) di sviluppare problemi odontostomatologici. Infine abbiamo osservato una correlazione statisticamente significativa tra i problemi del cavo orale e malnutrizione ($r = -0,308$; $p = 0,02$).
Conclusioni. I problemi del cavo orale hanno una prevalenza estremamente elevata nell'anziano ospedalizzato e spesso sono caratterizzati da significativa gravità. Queste indagini impongono una considerazione delle possibili implicazioni cliniche e nutrizionali conseguenti alle alterazioni del cavo orale e suggeriscono una estensione della valutazione odontostomatologica dell'anziano che potrebbe entrare a far parte dell'assessment geriatrico allo stesso livello degli domini normalmente valutati.

Bibliografia

1. Ettinger RL, Beck JD. Geriatric dental curriculum and the needs of the elderly. Spec Care Dentist 1984;4:207-13.
2. Morgan R, Tsang J, Harington N, Fook L. Survey of hospital doctors' attitudes and knowledge of oral conditions in older patients. Postgrad Med J 2001;77:392-4.
3. Strohmenger L, Ferro R. Odontoiatria di comunità. Milano: Masson Spa 2003.
4. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. Community Dent Health 1996;13:22-6.
5. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC, Carter KD. The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability. Australian Dental Journal 2005;50:191-9.

Aspetti psicologici e cognitivi del paziente con BPCO

S. Mastacchini, G. Boselli, S. Evangelisti, D. Valgiusti
Ospedale San Giacomo in Augusta, Roma

Scopo. L'intento della nostra ricerca era evidenziare l'importanza degli aspetti psicologici nella malattia respiratoria cronica confrontando lo stato cognitivo di pazienti anziani con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) ed Insufficienza Respiratoria Cronica con soggetti di pari età non affetti da tali patologie respiratorie. Il prolungamento della vita media, l'andamento progressivo irreversibile della B.P.C.O. hanno condotto ad un crescente spostamento epidemiologico della malattia Ostruttiva Cronica delle vie aeree verso fasce di età più longeve. La malattia Respiratoria Cronica Ostruttiva deriva dall'associazione di una predisposizione genetica e fattori ambientali quali: fumo di sigaretta attivo e passivo (è il fattore più comune, contribuisce all'insorgenza della patologia nell'80% dei casi); inquinamento ambientale e domestico; fattori lavorativi; aumento dell'età media di vita (3-4).
Materiali e metodi. Per tale verifica, il lavoro è stato svolto in due ambulatori, uno di Pneumologia, per quanto riguarda il gruppo sperimentale, ed uno di Geriatria, per il gruppo di controllo, entrambi della stessa struttura pubblica, dove i pazienti presi in esame erano in cura da tempo. I pazienti dei gruppi, 15 ognuno, sia maschi sia femmine con una distribuzione casuale con una età media di 75 anni sono stati selezionati attraverso il MMSE tra 24-30, la GDS ≤ 10, non affetti da patologie neurologiche degenerative. I componenti del gruppo sperimentale avevano una diagnosi di B.P.C.O. confermata da prove di funzionalità respiratoria (FEV1/FVC inferiore al 70% - PaO2 < 65mmHg in fase di stabilità di malattia), quelli del gruppo di controllo avevano una funzionalità respiratoria FEV1/FVC superiore al 70% ed PaO2 > 65mmHg. La fase valutativa è stata eseguita, in entrambi i gruppi, attraverso la somministrazione di test neuropsicologici, per indagare lo stato cognitivo il MMSE, test di Rievocazione di Parole, le Matrici Attentive, Fluenze Verbali per categorie fonemiche e semantiche; per lo stato funzionale sono state utilizzate le scale BADL e IADL, per lo stato affettivo la GDS (1).
Risultati. Dall'elaborazione statistica dei dati sono emerse differenze significative nel profilo cognitivo dei due gruppi di pazienti. Nei risultati dei soggetti con B.P.C.O. ed Insufficienza Respiratoria Cronica è stata riscontrata una significatività statistica nei tests di memoria verbale differita, di attenzione e di abilità del linguaggio mostrando, quindi, deficit in queste particolari aree cognitive.
Conclusione. Questo lavoro mette in risalto l'incidenza degli aspetti psicologici nella malattia Respiratoria Cronica pertanto una terapia medica supportata da un programma riabilitativo psico-cognitivo può produrre un miglioramento dell'aspetto socio-affettivo, una riduzione dell'uso di farmaci, un aumento del tono dell'umore permettendo un recupero dei pazienti ad uno stile di vita indipendente, pro-

MMSE	GDS	Lista Rey	Rey dif	Mat.	Attenz.	Flu. verb categ. semantic	Flu. verb categorie fonemiche
Gruppo speriment.	25,8	10	34	0	32,3	28	35
Gruppo di controllo	27	5	41	5	42,8	45	40

duttivo e soddisfacente e diminuendo un ulteriore deterioramento clinico ne consegue un miglioramento della qualità di vita residua (2-4).

Bibliografia

Spinnler e Tognoni 1987

Zotti AM. L'approccio psicologico al paziente con handicap respiratorio. In: Iodice F, De Michele F (eds.) L'handicap respiratorio. Napoli: Curto Ed, 1987.

Carone M, Zotti AM. Qualità di vita nell'Asma Bronchiale. In: De Palma M, Grassi C (eds.). Rapporto sull'asma. Milano: Syntagma, 1997.

Carbonin PU, Antonelli Incalzi R. La qualità della vita nel paziente anziano con B.P.C.O. In: Grassi V, Rengo F, Olivieri D. Il Punto Su – Aging Lung: dalla Fisiologia alla Clinica 1997.

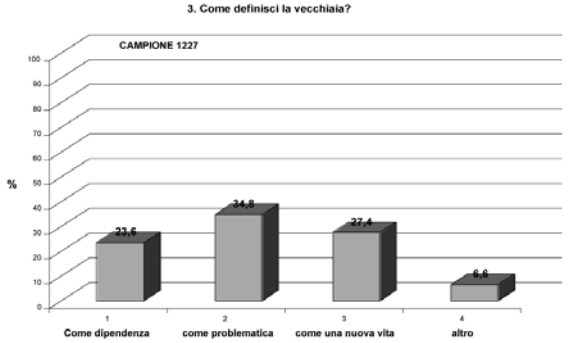
"Visti da lontano: lo sguardo dei giovani sul mondo degli anziani". Indagine conoscitiva su 1227 ragazzi

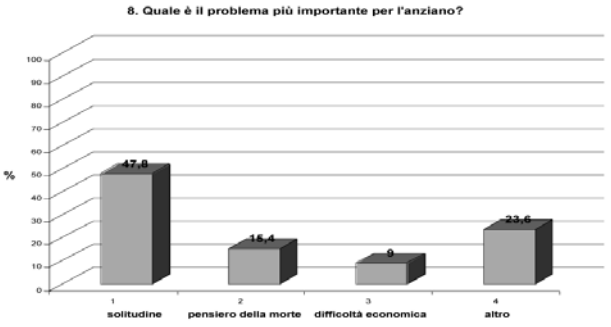
F. Mastroianni[1], G. Giannelli[2], Classe IV E

[1] Geriatra, Professore a contratto, [2] Professore di Scienze Sociali, Liceo per le Scienze Sociali "Bianchi-Dottula", Bari

Scopo. Osservare il mondo della terza età da un punto di vista diverso da quello abituale; cioè verificare il grado di consapevolezza dei giovani su argomenti lontani dal loro mondo e interrogarli su tematiche socio-assistenziali e sanitarie relative al soggetto anziano.
Materiali e metodi. Sono stati somministrati 1350 questionari, costituiti da 20 domande a risposta multipla, a ragazzi di entrambi i sessi e di età compresa tra i 14 e i 25 anni. L'indagine è stata condotta a Bari nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2007. I questionari sono stati somministrati dalle alunne della Classe IV E del Liceo per le Scienze Sociali " Bianchi-Dottula", nell'ambito del Corso: *"Aspetti conoscitivi dell'assistenza professionale in campo geriatrico"*. Le domande vertevano sugli aspetti socio-economici della vita dell'anziano, sulle sue capacità di relazioni, sugli aspetti assistenziali e sanitari, sull'aspetto psicologico dell'invecchiamento, per concludersi con l'analisi dell'informazione specifica in ambito gerontologico.
Risultati. Sono stati raccolti 1227 questionari validi. Il campione era costituito dall'11% di maschie dall'89% di femmine. I dati raccolti sono stati stratificati in 4 gruppi in base al sesso ed alla fascia di età 14-19/20-25 anni. L'analisi dei dati non ha mostrato differenze significative nelle risposte tra maschi e femmine, alcune differenze compaiono invece tra le varie fasce d'età. Si riportano i grafici relativi a due domande a titolo di esempio.
Conclusioni. Dall'indagine emerge che i ragazzi di età compresa tra i 14 e i 25 anni, hanno una ottima conoscenza del fenomeno invecchiamento con tutti i suoi aspetti economici, sociali, assistenziali e sanitari. Si apprezza la perfetta identità dei due sessi che rispondono alle domande senza differenze significative. L'analisi dettagliata dimostra che anche per i ragazzi il problema maggiore dell'anziano è la solitudine e che la vecchiaia viene vista come una dipendenza o, in genere, come una problematica. Si richiede un maggiore impegno del SSN, ma anche il volontariato occupa un ruolo importante nella gestione della pratica assistenziale. Permane ancora radicato il concetto *ospedalocentrico* dell'assistenza sanitaria anche per le malattie croniche, mentre uno dei pregiudizi che l'anziano crede esistano nei suoi confronti è l'inutilità. La composizione del nucleo familiare, solo per il 40% degli intervistati, ospita al proprio interno un soggetto anziano,

Fig. 1.





a testimonianza della frammentazione del nucleo familiare anche nell'Italia meridionale. Sentimenti e sessualità, dicono i ragazzi, sono perfettamente conservati nell'età geriatrica. Infine non emergono dall'indagine difficoltà di relazione tra le due *popolazioni*, anzi risulta un reale bisogno di maggiore vicinanza che i giovani chiedono all'universo dei nonni. L'indagine assume un rilievo significativo in quanto le tematiche note del mondo geriatrico sono un patrimonio acquisito anche delle giovani generazioni; i ragazzi, tuttavia, richiedono agli addetti ai lavori maggiore informazione in particolare sugli aspetti legati all'assistenza che rappresenta un punto cruciale del mondo geriatrico e della società.

Hanno collaborato: *Abbinante Nicla, Armenise Angela, Barbone Pasqua Linda, Carra Lucia, Chiumarulo Claudia, D'Ostuni Esmeralda, De Candia Erica, De Marco Maria, Della Crociata Ilaria Costanza, Fumarola Tatiana, Lobaccaro Immacolata, Malvezzi Valeria, Mannari Marica, Marzano Stella, Mauro Flavia, Papagno Annamaria, Parisi Sofia Ramona, Patrono Ramona, Poggi Tiziana, Poliseno Stefania, Ricchiuti Valentina, Ruggiero Valeria, Sassanelli Tamara, Traversa Valeria, Trofeo Roberta, Valeriano Floriana, Vitulli Francesca.*

Monitoraggio degli eventi avversi legati alle ondate di calore nelle RSA del Lazio – estate 2006

A. Mastromattei[1], A. Capon[1], N. Pavoni[2], D. Di Lallo[1]
[1]Laziosanità ASP, Roma, [2] ASL RM G, Monterotondo (RM)

Scopo. Gli anziani istituzionalizzati costituiscono un gruppo a rischio per eccessi di mortalità e morbilità in concomitanza con condizioni climatiche sfavorevoli. Dopo l'ondata di calore verificatasi nell'estate del 2003, è stato attivato un sistema di sorveglianza esteso a tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Alzheimer della Regione per monitorare nel corso dell'estate gli eventi avversi (decessi in struttura e trasferimenti in ospedale per ricovero acuto). Nel 2006 il monitoraggio è iniziato il 15 maggio ed si è concluso il 17 settembre. Obbiettivo del presente studio è di descrivere lo stato clinico funzionale ed il carico assistenziale degli ospiti delle RSA e Residenze Alzheimer della Regione, nonché di stimare l'andamento settimanale dei tassi di eventi avversi e valutare eventuali associazioni tra condizioni climatiche sfavorevoli ed eccessi di eventi avversi.
Materiali e metodi. All'avvio del monitoraggio, tutte le strutture (81 RSA e 3 Residenze Alzheimer) sono state provviste di raccomandazioni cliniche per fronteggiare eventuali ondate di calore. Per tutti gli anziani presenti nelle strutture è stata compilata una scheda con informazioni sull'occorrenza di disturbi comportamentali, su trattamenti in corso, sulle principali patologie croniche presenti, sul numero di farmaci assunti quotidianamente. La scheda includeva inoltre una stima del carico assistenziale basata su alcuni items presenti nella classificazione RUG (Resource Utilization Groups): mobilità (1 si sposta da solo, 2 si sposta assistito, 3 non si sposta), attività vita quotidiana (1 autonomo, 2 parzialmente dipendente, 3 totalmente dipendente), deterioramento cognitivo (1 assente o lieve, 2 moderato, 3 grave). Dalla somma di questi tre items è stato ricavato un indicatore sintetico sul carico assistenziale (3-4 lieve, 5-6 medio, 7-8 impegnativo, 9 molto impegnativo). Ogni settimana tutte le strutture comunicavano il numero di trasferimenti in ospedale e decessi avvenuti all'interno della struttura. Sono stati calcolati i tassi settimanali di decessi ed ospedalizzazioni. Nel comune di Roma (24 strutture) erano a disposizione i dati climatici del Sistema di Sorveglianza per le Ondate di Calore della Protezione Civile ed i tassi settimanali sono stati confrontati con il tasso medio nell'intero periodo senza giorni con segnalazioni di allarme o emergenza. Per le restanti 57 strutture, ubicate fuori dal comune di Roma i tassi settimanali sono stati confrontati con i valori medi sull'intero periodo.
Risultati. Complessivamente sono stati valutati 5887 ospiti (1777 uomini, 4110 donne). Il 41,7% delle donne ed il 17,9% degli uomini erano ultraottantacinquenni. Il 41,5% degli ospiti era entrato nella struttura da oltre 2 anni. Nel 15,5% dei casi il carico assistenziale è risultato lieve, nel 27,5% medio, nel 32,9% impegnativo e nel 24,1% molto impegnativo. Molti degli anziani presentavano un quadro pluripatologico complesso: Il 43.5% degli ospiti riportava demenza, il 30,6% insufficienza cardiaca, il 25.6% malattie vascolari. Nelle 18 settimane di monitoraggio si sono osservati complessivamente 799 eventi avversi (310 decessi in struttura e 489 ricoveri in ospedale) tra 5887 soggetti. Il tasso medio settimanale di eventi avversi nell'intero periodo è stato pari a 8.52 x 1000 (IC 95%, 7.95-9.13). Durante l'estate 2006 il sistema di sorveglianza per le ondate di calore ha registrato 20 giorni di allarme/emergenza. A Roma il tasso medio settimanale di eventi avversi in giorni con allarme/emergenza lo stesso giorno od il giorno precedente (10.54 x 1000, 95% CI 7.66-14.48) è risultato maggiore che nei giorni senza segnalazioni di allarme/emergenza (7.56 x 1000, 95% CI 6.42-8.90). Fuori Roma non sono stati osservati eccessi di eventi avversi in nessuna delle 18 settimane rispetto alla media dell'intero periodo. Durante l'intero periodo nelle strutture senza la presenza fissa di un medico il tasso medio settimanale di eventi avversi aggiustato per complessità assistenziale è risultato maggiore rispetto a quello registrato nelle strutture nelle quali era assicurata una qualche forma di guardia medica interna (il 10,17 x 1000 contro il 6,71 x 1000).
Conclusione. Le informazioni raccolte dalle schede di valutazione ed i tassi di eventi avversi osservati hanno evidenziato che gli anziani ospiti nelle RSA e nelle residenze Alzheimer costituiscono un sottogruppo di popolazione fragile, su cui è opportuno effettuare attività di monitoraggio. In considerazione della maggiore occorrenza di eventi avversi nella strutture prive di guardia medica, appare opportuno identificare idonei strumenti di continuità assistenziale attraverso il coinvolgimento dei MMG con la stesura di protocolli che ne garantiscano e regolamentino in modo certo l'accesso in occasione di giornate di allarme/emergenza. Altra azione ipotizzabile è l'identificazione di uno o più reparti ospedalieri territorialmente limitrofi alle strutture con competenze geriatriche dove attivare uno sportello telefonico a supporto degli operatori delle strutture residenziali e dei MMG che abbiano assistiti in esse ospitati. Lo sportello potrebbe garantire un servizio di consulenza medica attivo 24 ore su 24 per la gestione di ospiti in particolari condizioni di instabilità clinica e l'eventuale attivazione di accesso in ospedale in DH o in ricovero concordato.

Studio del gene RELN nell'invecchiamento senza deficit cognitivo in una popolazione di anziani ospedalizzati

M.G. Matera[1], D. Seripa[1], M. Franceschi[1 2], A. Pazienza[2], G. Placentino[2], G. D'Onofrio[2], L. Cascavilla[2], F. Paris[2], A. Pilotto[1 2]

[1]Laboratorio di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Ricerca, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); [2]U.O.C. di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

Introduzione. La proteina Reelin, codificata dal gene RELN, è una serin-proteasi coinvolta nella degradazione di alcune proteine della matrice extracellulare (fibronectina e laminina), che svolgono un ruolo fondamentale nella migrazione cellulare, in particolare nella migrazione dei neuroni durante lo sviluppo della corteccia cerebrale, nella sinaptogenesi e nella plasticità neuronale. La proteina è anche un ligando per il recettore delle apoE (apoE-R). Queste sue caratteristiche hanno stimolato diversi studi nei disordini neurologici, come l'autismo, e sembra probabile un suo coinvolgimento in vari tipi demenza. Non ci sono dati riguardo un suo coinvolgimento nell'invecchiamento in assenza di deficit cognitivo/demenza.
Obiettivo del nostro studio è valutare il ruolo dei polimorfismi nel gene RELN nell'invecchiamento senza deficit cognitivo/demenza in una popolazione di anziani ospedalizzati.
Materiali e metodi. È stato analizzato un polimorfismo di triplette GGC VNTR nella regione 5'UTR del gene. Mediante valutazione clinica (MMSE, CDR, GDS) sono stati selezionati per questo studio 254 pazienti geriatrici senza deficit cognitivo (133 maschi e 121 femmine; età media = 68,35 ± 10,94 anni) e confrontati con un campione rappresentativo della popolazione generale della Puglia settentrionale (n = 387; 187 maschi e 200 femmine; età media = 35,15 ± 6,52 anni). La genotipizzazione è stata effettuata tramite analisi dei prodotti di PCR con elettroforesi su gel di acrilamide. L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del test Chi² di Pearson, il test esatto di Fisher per le variabili discrete, ed test t di Student per le variabili continue.
Risultati. Dall'analisi risulta una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dei genotipi per il polimorfismo 5'UTR. In particolare il genotipo omozigote per la ripetizione di otto triplette (8/8) risulta essere significativamente meno rappresentato nella popolazione geriatrica (22,8% *vs.* 25,8%; p = 0,033, OR = 0,617 95%CI 0,395 - 0,962) mentre il polimorfismo eterozigote 8/10 è rappresentato con maggiore frequenza (51,2% *vs.* 45,7%: p = 0,018, OR = 1,536 95%CI 1,076 - 2,192).
Conclusioni. I risultati ottenuti suggeriscono che il gene RELN potrebbe essere associato ad un invecchiamento senza deficit cognitivo/demenza.

Supporto familiare, relazioni sociali e mortalità a 12 anni in soggetti anziani

F. Mazzella[1], F. Cacciatore[1], C. Guerriero[2], L.Viati[1], P. Abete[3], F. Rengo[1-3]

[1] Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Telese Terme, Bn; [2] London School of Economics, London, UK; [3] Cattedra di Geriatria, Università di Napoli, Federico II

Razionale. Precedenti studi hanno dimostrato come il Social Network, inteso come tipologia di rapporti oltre che frequenza di aiuti e contatti, sia predittivo di mortalità.

Tab. I. Regressione secondo Cox sulla mortalità a 12 anni: ruolo indipendente rapporti familiari.

	Wald	Sig.	HR	95,0%	CI for HR
Sesso	44.640	.000	.577	.491	.678
Età	125.857	.000	1.078	1.064	1.093
GDS	2.600	.107	1.011	.998	1.025
MMSE	.136	.713	.997	.981	1.013
Charlson Index	13.914	.000	1.105	1.049	1.165
Fragilità	6.039	.014	1.150	1.029	1.287
Rapporti familiari	16.213	.000	.672	.554	.815

Tab. II. Regressione secondo Cox sulla mortalità a 12 anni: ruolo indipendente rapporti extrafamiliari.

	Wald	Sig.	HR	95,0%	CI for HR
Sesso	47.439	.000	.556	.471	.657
Età	123.298	.000	1.078	1.064	1.092
GDS	4.152	.042	1.014	1.001	1.028
MMSE	.206	.650	.996	.980	1.012
Charlson Index	12.712	.000	1.100	1.044	1.160
Fragilità	8.280	.004	1.179	1.054	1.319
Rapporti extra familiari	3.748	.053	.859	.736	1.002

Precedenti studi hanno valutato la frequenza di rapporti con la famiglia e con gli amici come un unico costrutto.
Obiettivo dello studio. Scopo dello studio è stato quello di identificare il ruolo svolto dal Social network, ovvero dalla frequenza di relazioni con la famiglia e parenti e con amici e vicini, sulla mortalità a 12 anni in soggetti anziani residenti nella regione Campania.
Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta sul campione di popolazione dell'"Osservatorio Geriatrico della Campania", 1288 soggetti ultra-65enni con età compresa tra i 65-95 anni (media 74.2 ± 6.4 anni), selezionato dalle liste elettorali della Regione, visitati a domicilio da medici addestrati all'uso dei questionari specifici nel 1992. È stata inoltre rilevata la mortalità dopo 12 anni raccogliendo i certificati di morte dell'intero campione. È stato valutato il Social network (assistenza da parte di familiari, la situazione familiare, la frequenza di rapporti e le relazioni extrafamiliari). La fragilità è stata indagata mediante il Frailty Staging System (FSS) che considera la presenza di disabilità nelle ADL, deficit della mobilità, la funzione cognitiva al MMSE, la funzione visiva, la funzione uditiva e la continenza urinaria. La comorbidità è stata misurata con l'indice di Charlson.
Risultati. Il 79.7% della popolazine indagata ha rapporti familiari quotidiani o quasi, mentre il 28.6% ha rapporti di extra-familiari. L'analisi multivariata secondo Cox dimostra come la presenza di rapporti familiari quotidiani o quasi sia protettiva (HR = 0.67, 95% CI 0.55-0.82) al riguardo della mortalità a 12 anni, indipendentemente dal ruolo esercitato dall'età, dal sesso, dalla presenza di decadimento delle funzioni cognitive, dalla sintomatologia depressiva, dalla comorbidità e fragilità (Tab. I). Meno importante sembra essere il ruolo delle relazioni extrafamiliari (rapporti con colleghi ed amici) nel predire la mortalità a 12 anni (HR = 0.86, 95% CI 0.74-1.002) (Tab II).
Conclusioni. Lo studio dimostra come la frequenza di rapporti con il nucleo familiare eserciti un ruolo protettivo sulla mortalità a lungo termine in soggetti anziani indipendentemente dal ruolo esercitato dall'età, dal sesso, dalla presenza di decadimento delle funzioni cognitive, dalla sintomatologia depressiva, dalla comorbidità e fragilità. Anche i rapporti extra familiari, intesi come rapporti con amici e vicini, esercitano un ruolo protettivo, anche se non in maniera statisticamente significativa.

Il counseling con la procedura immaginativa nell'intervento multidisciplinare di un'unità di riabilitazione geriatrica

G. Melli, V. Da Pieve, R. Ercolani

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia con la Procedura Immaginativa "Rocca-Stendoro" (Milano) (riconosciuta M.I.U.R., D.M. 31/5/2002)

Scopo. Presa in carico del paziente in un'unità di riabilitazione geriatrica induce un modello di intervento ampliato, che comporta l'impegno di una rete di cooperazione interattiva. L'intervento, infatti, sia che si attui in un regime di intensività /subintensività, in lungo degenza o in contesto ambulatoriale, deve svilupparsi secondo precisi criteri di carattere: *temporale* in quanto i presidi terapeutici riabilitativi psicologici si devono innescare con precisione per mantenere gli equilibri tra sviluppo, potenziamento delle capacità residue, compensi; *spaziale* l'intervento specifico di riabilitazione ha importanza solo se in sintonia con la ricaduta che esso ha sull'ambiente vissuto dal paziente.
Lo scopo è l'inserimento del Counseling con la Procedura Immaginativa (P.I.). in un modello d'intervento multidisciplinare, costituito da figure dell'area Medica, Riabilitativa, Psicologica, il cui fine è perseguire l'autonomia personale del paziente o comunque, il mantenimento delle funzionalità residue alla patologia. Attraverso la P.I., le fantasmatizzazioni a carattere conflittuale emerse vengono esplorate, assimilate, integrate e la successiva analisi delle produzioni rappresentazioni immaginative costituiscono, in un setting appropriato, un potente mezzo di stabilizzazione di equilibri psichici per affrontare e ridefinire le esperienze esistenziali e/o traumatiche (1).
Materiali e metodi. La tecnica del Counseling con la P.I. è stata utilizzata all'interno di Unità di Riabilitazione Geriatrica con diverse tipologie di utenza. Il modello utilizzato è articolato in 4 fasi: la prima fase della metodologia dell'incontro, tesa a realizzare un personale rapporto di fiducia-sicurezza (Relazione di valori funzionali); la seconda fase, tesa a riconoscere i momenti e le tendenze particolari di situazioni critiche che hanno deformato l'Io del soggetto, oltre a fare un'ipotesi diagnostica ed un progetto terapeutico; la terza fase è l'intervento con la P.I.; la quarta fase è il riorientamento, la risoluzione o la liberazione dei conflitti e l'apertura ad una progettualità presente e futura (2).
Risultati. Di seguito una tabella sintetizza i dati emersi:
Descrizione del gruppo *Tipologia di intervento*
Primo gruppo. pazienti che " invecchiano", soggetti che godono di relativa buona salute e non manifestano significativi deficit cognitivi o malattie croniche disabilitanti. L'Io sano riconosce il disagio originato dal mutamento delle abitudini quotidiane non più in ambito lavorativo, i nuovi ruoli ricoperti in famiglia, l'invitabile deperimento organico, il lutto… Intervento di counseling con la P.I
obiettivo. accogliere e riparate la trasformazione involutiva riattivare le energie personali orientate a nuove possibilità progettualità individuale
Secondo gruppo. " gruppo di anziani con malattie a carattere cronicizzante e disabilitate" il paziente è capace di attività auto critica e consapevolezza dei limiti imposti dalla condizione patologica
Intervento medico. ripristino delle funzioni organiche.
Intervento riabilitativo (fisioterapico, in terapia occupazionale di prescrizione e adattamento ausili). recupero funzionale conseguente entro le residue capacità motorie e di autonomia ambientale.
Intervento di counseling con P.I.. accettazione di ausili, capacità di affrontare interventi destruenti (es. amputazione di un arto..) affrontare il decorso di malattia cronicizzante o con caratteri di progressività Terzo gruppo" gruppo di anziani con deterioramento cognitivo" nel quale le difficoltà di carattere cognitivo riducono la capacita dell'Io di critica e di pianificazione.
Intervento medico. ripristino delle funzioni organiche.
Intervento neuropsicologico. monitoraggio dell'andamento e della funzione cognitiva, realizzazione di compensi e strategie orientamento, programmazione delle attività di self care

Intervento riabilitativo (fisioterapico, in terapia occupazionale, logopedico di prescrizione e adattamento ausili)
Intervento di counseling con la P.I. per la famiglia. accettazione ed elaborazione del cambiamento, dei lutti, inversioni di ruolo, perdite di senso e di ruolo…
Conclusione. Si evince come il Counseling con la P.I. si mostri sufficientemente versatile da costituire un vero e proprio elemento innovativo nella presa in carico di diverse tipologie d'utenza di un'Unità di Riabilitazione Geriatrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Rocca R, Stendoro G. Imparare a guarire stress, depressione, attacchi di panico, Roma: Armando, 2003.
2. Rocca R, Stendoro G, Counseling con l'intervento con la Procedura Immaginativa, Roma: Armando, 2006.

Un'esperienza concreta di percorso integrato socio-sanitario nella gestione della demenza

V. Menon, M. Bacchelli[1], S. Ascari, M. Lorenzetti, G. d'Arienzo

Azienda USL Modena, Distretto di Carpi; [1]Azienda USL Modena, Medico di Medicina Generale

Assistenza integrata, demenza, rete servizi

Introduzione. La malattia dementigena si caratterizza per la lunga durata e i diversi stadi evolutivi in cui possono essere presenti sia sintomi cognitivi che di natura non strettamente cognitiva. La gestione di una malattia così complessa ha necessariamente bisogno di un approccio globale ed integrato con tutti i protagonisti interessati alla scena assistenziale e sanitaria per sostenere e riconoscere il ruolo fondamentale della famiglia durante l'intero arco di vita del paziente. Ci si è posti quindi l'obiettivo di adeguare e rinforzare le "maglie" della rete già esistente per una migliore gestione delle risorse disponibili.
Progetto. Sulla base di un accordo aziendale siglato nel 2003 con i Medici di Medicina Generale (MMG) e che sanciva una effettiva collaborazione tra MMG e Consultorio Psicogeriatrico (CPG) per la gestione domiciliare del malato di demenza, il distretto di Carpi ha istituito un tavolo operativo costituito da CPG, MMG, Assistenti Sociali, Psichiatria, Volontariato con lo scopo principale di coordinare in modo strutturato il lavoro di ogni singolo attore.
Realizzazione. Sulla base delle singole competenze si è costruito un percorso socio-sanitario per la gestione del malato sia nella presa in carico ordinaria (dal sospetto diagnostico fino all'assistenza nelle varie fasi della malattia), sia nelle situazioni di urgenza clinica e/o sociale. In particolare l'intervento della Psichiatria e di un Nucleo Ospedaliero dedicato (Vila Igea – Modena) *nell'urgenza sanitaria* precede, nel nostro progetto:

- un intervento tempestivo di tipo consulenziale da parte del CPG / Psichiatria al MMG;
- un eventuale collocamento provvisorio in struttura ospedaliera al fine di garantire un continuum assistenziale (dal domicilio al ricovero presso il Nucleo speciale, per pazienti affetti da demenza in scompenso comportamentale, di una Casa di Cura accreditata).

Nelle urgenze di tipo sociale si è inoltre concordato una pronta e sollecita risposta dei Servizi Sociali sia a sostegno della domiciliarità sia di tipo residenziale, sempre in stretta collaborazione tra CPG, MMG e Servizi Sociali.

Effetti avversi cardiovascolari in pazienti dementi con disturbi del comportamento trattati con quetiapina

C. Menza, M. Bartalini, V. Guidi, D. Marietti, P. Marietti, G. Peruzzi, G. De Paduanis, A. Giani, M. Santoro, S. Boschi

[1] Unità di Valutazione Alzheimer, Dipartimento di Medicina Interna Cardiovascolare e Geriatrica, Università di Siena, Policlinico S. Maria alle Scotte

Scopo. Con l'aumento dell'età media e dell'aspettativa di vita si sta verificando anche un coerente incremento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie cronico-degenerative tipiche dei "*grandi vecchi*", patologie queste che incidono sull'autonomia e l'autosufficienza dell'individuo spesso in modo irreversibile a tal punto da causarne l'istituzionalizzazione. La *demenza* ne è oggi una delle cause principali; gli studiosi del settore già nel 1987 definivano le demenze *"epidemia silente degli anni futuri"* prevedendo ciò che si sta ormai verificando.
Durante il decorso della malattia, al deficit cognitivo si associano frequentemente disturbi psichici e comportamentali (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*, BPSD) che rendono ancora più complesso il quadro clinico del soggetto e più difficoltosa la gestione.Il trattamento di tali disturbi non è ancora standardizzato; tuttavia è ormai consolidato l'utilizzo dei farmaci antipsicotici tipici ed atipici. Il profilo farmacologico di questi ultimi garantisce una buona efficacia ed una buona sicurezza, anche se alcuni studi hanno segnalato un incremento di eventi cardiovascolari nei pazienti trattati rispetto alla popolazione generale. Scopo del nostro studio è quello di valutare la presenza di eventuali effetti avversi cardiovascolari, come ipotensione e alterazioni elettrocardiografiche (PQ, QTc, frequenza) in soggetti dementi con BPSD ed in trattamento con uno specifico neurolettico atipico, la quetiapina.
Materiali e metodi. Sono stati valutati 30 pazienti, afferenti presso l'Unità di Valutazione Alzheimer dell'Istituto di Medicina Interna ad orientamento Cardiovascolare e Geriatrico, di cui 23 donne e 7 uomini, con un'età compresa tra i 71 e i 97 anni (età media di 85,17 ± 6,006 DS) con diagnosi di demenza e con BPSD. Sono stati somministrati il MMSE (*Mini Mental State Examination*) per valutare il deficit cognitivo; l'ADL (*Activity of Daily Living*) per le attività della vita quotidiana quelle semplici e le IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*) per le complesse. Inoltre, è stato utilizzato l'NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) per valutare i disturbi comportamentali e l'NPI-D (*Neuropsychiatric Inventory Distress*) per lo stress del caregiver. Per ciascun paziente, inoltre, sono stati esaminati il tracciato elettrocardiografico (frequenza cardiaca, PQ, QTc), la pressione sisto-diastolica in orto- e in clinostatismo, gli elettroliti (Na, K). Il campione è stato valutato al T_0 (inizio del trattamento con quetiapina), dopo sei mesi (T_1) e dopo un anno (T_2).
Risultati. A livello basale, il punteggio di MMSEc è stato in media di 12,117 ± 6,87 DS; l'ADL di 3,20 ± 2,041 DS; la

IADL di 1,13 ± 1,961 DS; l'NPI di 42 ± 14,345 DS; l'NPI-D di 17,87 ± 6,689 DS. A distanza di 6 mesi (T_1) e dopo un anno (T_2) si è registrata una progressiva diminuzione dei valori di tutti i parametri suddetti, definendo un peggioramento progressivo per quanto riguarda il deficit cognitivo ed il quadro funzionale ed indicando invece un miglioramento complessivo dei disturbi psico-comportamentali e dello stress del caregiver. In particolare, le variazioni ai tre tempi di MMSEc e IADL non sono risultate statisticamente significative ($p < 0,005$), mentre le alterazioni definite dai punteggi di ADL (T_0-T_2), NPI (T_0-T_1 e T_0- T_2) e NPI-D (T_0-T_1 e T_1- T_2) sono risultate tali. Successivamente, l'analisi della varianza secondo Fisher, effettuata sui parametri di valutazione cardiovascolare presi in esame, ha permesso di confrontare ogni singolo dato di ogni soggetto del campione misurato a T_0, T_1 e T_2 con un parametro di riferimento (*F critica*) nella ricerca di una variazione significativa, partendo dall'ipotesi che la somministrazione di quetiapina non provochi alterazioni significative dei parametri esaminati. Esaminando gli *outputs* riportati, si nota che nessun dato varia in modo significativo né all'interno del gruppo di appartenenza né tra le varie misurazioni ottenute a T_0, T_1 e T_2. Quindi, è possibile confermare l'ipotesi nulla per cui la somministrazione di quetiapina non provoca alterazioni significative dei parametri esaminati e che quindi le eventuali variazioni riscontrate nel campione durante il follow-up sono frutto del caso, considerando anche la normalità dei valori medi di Sodio e Potassio mantenutisi stabili ai 3 tempi (Na mEq/l 141,85 ± 2,43 DS, K mEq/l 4,38 ± 0,38).

Conclusione. Dal nostro studio emerge un miglioramento dei disturbi comportamentali ed una concomitante riduzione dello stress del caregiver confermati dalla progressiva diminuzione statisticamente significativa dei punteggi di NPI e NPI-D nel tempo; si evidenzia anche un decremento statisticamente significativo dei punteggi di ADL, sottintendendo un peggioramento del quadro funzionale, mentre non sono emerse variazioni rilevanti degli altri parametri indagati. In particolare, sembra che la terapia con quetiapina non influenzi né la pressione né i parametri elettrocardiografici esaminati durante tutta la durata del trattamento da noi considerato.

Bibliografia

Hemnann N. Reconmendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. Can J Neurol Sci 2001;28(Suppl I):S96-S107.

Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: A review of the evidence. JAMA 2005;293:596-608.

Harrigan EP, et al. A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition. J Clin Psychopharmacol 2004;24:62-9.

Correlazione tra fragilità ed aterosclerosi carotidea in anziani ospedalizzati

M. Migale[1], E. Santillo[1], G. Ventura[1], S. Cassano[2], F.P. Cariello[1], F. Perticone[2]

[1] Istituto "Ninetta Rosano"- Casa di Cura Tricarico Polispecialistica; Divisione Cardiovascolare; Belvedere Marittimo (CS); [2] Università degli Studi "Magna Grœcia" di Catanzaro, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "G. Salvatore" (CZ)

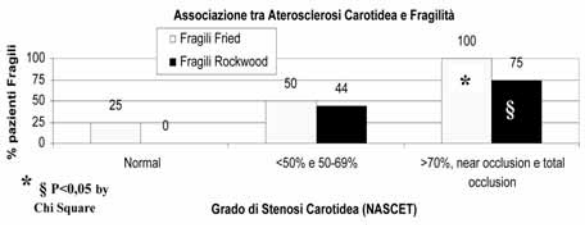
Scopo. Fragilità è un termine utilizzato per indicare una sindrome geriatrica caratterizzata da perdita di riserva fisica, cognitiva e funzionale con conseguente vulnerabilità ed alto rischio di outcome avversi quali cadute, istituzionalizzazione e morte. Sebbene ancora oggi non esista uno strumento operativo universalmente accettato per la definizione della fragilità, è stato stimato che la prevalenza di tale condizione sia pari circa al 7% tra gli anziani statunitensi residenti a domicilio, aumentando drammaticamente con l'avanzare dell'età. È stato, recentemente, suggerito, inoltre, che la aterosclerosi carotidea, già riconosciuto predittore di eventi cardiovascolari, si possa significativamente associare alla fragilità. Tuttavia, ad oggi, nel nostro Paese ancora scarse sono le evidenze relative alla prevalenza della fragilità ed ad una sua ipotizzabile relazione con la malattia aterosclerotica. Scopo del nostro lavoro, pertanto, è stato quello di valutare in un gruppo di pazienti anziani ospedalizzati ricoverati la prevalenza della fragilità e la sua eventuale associazione con l'aterosclerosi carotidea.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 60 pazienti anziani ricoveratisi consecutivamente (M: 22, F: 38; età media: 77 ± 6 anni), nei quali è stato effettuato esame clinico, misurazione della pressione arteriosa, calcolo dell'indice di massa corporea ed esami ematochimici. Per la definizione della fragilità dei soggetti sono stati utilizzate due scale già validate: CSHA Clinical Frailty Scale di Rockwood et al. (I); criteri indicati da Fried et al. (II) [co-presenza di almeno 3 fattori tra: Perdita di peso (almeno 4,5 kg nell'ultimo anno), Affaticabilità (fatica in almeno 3 giorni/settimana), riduzione della forza muscolare (hand-grip: meno di 5,85 kg e 3,37 kg nel M e F, rispettivamente), ridotta attività fisica, riduzione della velocità del cammino (percorso noto: più di 7 sec. a percorrere 4,57 metri)]. Tutti i pazienti, infine, sono stati sottoposti ad esame EcoColor-Doppler dei tronchi sovraortici con analisi del grado di stenosi carotidea secondo il metodo NASCET.

Risultati. L'analisi dei dati ha evidenziato una prevalenza di fragilità pari al 36% secondo la CSHA Scale e pari al 50% secondo i criteri proposti da Fried et al. In particolare, lo studio della prevalenza dei singoli fattori che compongono la scala di Fried et al. ha indicato l'affaticabilità come il più frequente, interessando ben il 70% dei soggetti esaminati. L'esecuzione del Chi Square ha consentito di documentare un'associazone statisticamente significativa tra aterosclerosi carotidea e fragilità per entrambe le scale utilizzate ($p < 0,05$) (Grafico).

Conclusione. I risultati evidenziano, tra gli anziani ricoverati da noi osservati, una prevalenza di soggetti fragili nettamente più elevata rispetto ad altri studi che hanno considerato anziani "home-dwelling". Tale discrepanza potrebbe derivare in parte dal diverso setting di riferimento "ecologico" dei pazienti in studio (pazienti ospedalizzati). In virtù della significativa correlazione tra fragilità e aterosclerosi carotidea, confermata nel nostro lavoro, sono au-

Fig. 1.



spicabili studi prospettici che indaghino sui possibili nessi esistenti tra la progressione e lo sviluppo di fragilità e della malattia aterosclerotica.

Bibliografia

1. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, MacDowell I, et al. A Global Clinical Measure of Fitness and Frailty in Elderly People. CMAJ 2005;173:489-95.
2. Fried LP, Tangen CM, Waltson J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-56.

Analisi di dieci casi di addome acuto con presentazione atipica nell'anziano affetto da malattia di Alzheimer di grado medio-severo in RSA

S. Mignemi, G. Bacchi, S.C. Izzo, M. Corsi
Fondazione Elisabetta Germani, Cingia de' Botti (CR)

Scopo della ricerca. L'addome acuto nelle persone anziane assume aspetti peculiari che rendono la diagnosi spesso difficile. La presentazione clinica è atipica e ingannevole. Il dolore addominale, quasi sempre presente nel paziente adulto, nelle persone anziane è assente o molto attenuato; quasi mai apre il quadro clinico. Nel paziente affetto da demenza tipo Alzheimer il primo sintomo è rappresentato da una improvvisa irrequietezza accompagnata da sintomi neurovegetativi e, successivamente, calo pressorio.
Materiali e metodi. Sono stati esaminati dieci casi di addome acuto che hanno interessato persone affette da demenza di grado medio-severo. L'età media era di 81anni. Quattro erano di sesso femminili e sei di sesso maschile. Le diagnosi sono state: tre casi di occlusione intestinale, uno di colecistite acuta, tre di infarto intestinale, uno di peritonite acuta, uno di malattia di Crohn e uno di colite ischemica.
Risultati. Per quanto riguarda i tre casi di infarto intestinale il quadro clinico è stato atipico. In un caso la diagnosi iniziale è stata quella di infarto del miocardio con dolore retrosternale ed epigastrico, sudorazione algida. Solo in un secondo tempo è comparsa distensione addominale, ipotensione fino allo shock con silenzio addominale e segni di un ileo paralitico. Nei restanti due casi il quadro clinico è stato quello di comparsa, in pieno benessere, di agitazione psicomotoria, sudorazione algida, ipotensione e shock. Negativa l'obiettività clinica. In entrambi i casi era presente una fibrillazione atriale cronica. L'ospite con colecistite acuta presentava febbre, dolore in fossa iliaca destra, inappetenza. Obiettivamente modica difesa nel quadrante inferiore destro. La diagnosi è stata intraoperatoria. Dei tre casi di occlusione intestinale, due hanno simulato un quadro di scompenso cardiaco con dispnea, irrequietezza, fame d'aria e cianosi periferica. Solo in un secondo tempo si è avuto distensione addominale e meteorismo, con alvo diarroico. Il dolore addominale era assente. La diagnosi è stata di neoplasie del sigma e del colon traverso, con peritonite in questo ultimo. Nel terzo caso l'occlusione si è manifestata con distensione, meteorismo e dispnea. La peristalsi, vivace e accentuata inizialmente, è divenuta via via ridotta e quasi assente. All'esplorazione rettale l'ampolla era vuota ed era presente pseudodiarrea. La diagnosi è stata di fecaloma. La peritonite acuta, dovuta ad un diverticolo perforato in un quadro di diverticolosi del sigma, si è manifestata con lieve rialzo termico e modesta difesa in fossa iliaca sinistra. L'agitazione psicomotoria, l'irrequietezza e la confusione aveva però richiamato l'attenzione degli operatori. Nel caso della malattia di Crohn il sintomo di esordio è stato una diarrea imponente accompagnata ad agitazione e modesto dolore in epigastrio-mesogastrio. La diagnosi è stata endoscopica. Nell'unico caso di colite ischemica i sintomi di esordio sono stati agitazione psicomotoria, sudorazione profusa, ipotensione e pallore cutaneo. Modesta dolenzia addominale e successivamente comparsa diarrea.

	Nome	sesso	Età	Diagnosi
1	A.A.	f	89	Occlusione intestinale
2	A.B.	m	67	Colecistite acuta
3	A.C.	m	88	Occlusione intestinale
4	B.A.	m	78	Infarto intestinale
5	B.B.	m	88	Infarto intestinale
6	B.C.	f	79	Occlusione intestinale
7	C.A.	m	78	Malattia di Crohn
8	C.B.	f	90	Colite ischemica
9	C.C.	f	76	Peritonite acuta
10	D.A.	m	77	Infarto intestinale

Conclusione. Da quanto analizzato si evince come sia difficile e fuorviante la diagnosi di addome acuto nelle persone anziane e in particolare in quelle affette da malattia di Alzheimer. In particolare, nella nostra disamina, una improvvisa irrequietezza, stato confusionale e ipotensione con successivo shock e con un tracciato elettrocardiografico negativo per ischemia miocardia, ci ha indirizzato verso una diagnosi di infarto intestinale. La diagnosi di addome acuto nella persona anziana e affetta da malattia di Alzheimer rimane una diagnosi soprattutto clinica, una diagnosi a cui pensare sempre in caso di quadri clinici non chiari e da tenere sempre in considerazione nella diagnosi differenziale. Uno trova quello che cerca e pensa!

BIBLIOGRAFIA

Dionigi R. Chirurgia. Ed. Masson 2002

Chiaranda M. Urgenze ed emergenze - Istituzioni - Ed. Piccin, Padova 2006.

Sabiston DCTrattato di Chirurgia. Le basi biologiche della moderna pratica chirurgica 2001.

Influenza delle comorbilità nel recupero funzionale dei pazienti con fratture di femore trattate con chiodo a gamma

R. Mignanelli, A. Giattini, L. Dionisi

Ist. di Riabilitazione "S. Stefano", Porto Potenza Picena (MC)

Scopo. Verificare se l'età e le comorbilità inficiano, a parità di trattamento, il recupero funzionale e comportano il prolungamento del ricovero effettuato per fini riabilitativi, nell'immediato periodo postoperatorio.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 110 pazienti di entrambi i sessi di età compresa tra i 60 e i 97 anni (media 82,05 ± 6,93) affetti da esiti di fratture di femore, trattate chirurgicamente con intervento di osteosintesi con chiodo gamma. I pazienti, ricoverati presso una struttura di riabilitazione intensiva postacuzie, sono stati sottoposti a trattamento riabilitativo standardizzato (due sedute quotidiane di 45' ciascuna) finalizzato al recupero delle abilità locomotorie oltre che all'autonomia nelle principali attività di vita quotidiana. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione mediante scala FIM, e a valutazione delle comorbilità presenti mediante la scala (CIRS-G) (7). Durante il ricovero venivano conteggiati i giorni necessari per iniziare la deambulazione sia con che senza ausili. Al termine del ricovero venivano conteggiati i giorni di degenza, ripetuta la valutazione FIM e rivalutati i parametri funzionali.
Per valutare l'incidenza dell'età sul recupero funzionale sono stati confrontati i valori FIM, corretti con il Montebello Rehabilitation Factor Score (8) al fine di eliminare la variabile legata allo stato generale del paziente all'ingresso, con l'età mediante il coefficiente di correlazione di Pearson (9). Mentre l'incidenza delle comorbilità sui dati relativi al recupero funzionale è stata confrontata mediante il coefficiente di correlazione di Spearman (9). Si riteneva statisticamente significativo un risultato delle correlazioni per $P<0,05$.
Risultati. Nel confronto tra l'età ed il valore FIM corretto si è evidenziata una correlazione inversa statisticamente significativa. Il confronto tra la FIM corretta e la CIRS-G ha dato risultati di correlazione inversa significativi. Tali valori denotano un minor recupero per i pazienti di età avanzata e con un maggior numero di comorbilità.
Conclusioni. I risultati ottenuti denotano una notevole incidenza delle comorbilità più che dell'età sul recupero funzionale dei pazienti trattati con osteosintesi mediante chiodo gamma.
Le comorbilità hanno una notevole incidenza sul recupero funzionale, denotando la necessità di un trattamento precoce ed efficace delle medesime, dove possibile. Tali dati non indicano che tipo di comorbilità sono maggiormente incisive nel ritardare il recupero funzionale, a tale proposito sarebbe maggiormente indicativo proseguire tali osservazioni selezionando le comorbilità e verificandone l'incidenza sui parametri funzionali e sui tempi di recupero, visto anche il largo utilizzo della metodica di osteosintesi. Tale necessità viene inoltre rafforzata dalla scarsa specificità dei lavori presenti in letteratura sull'argomento che riguardano le fratture di femore trattate con le varie soluzioni chirurgiche senza riferimenti adeguati al trattamento riabilitativo effettuato (1) (2) (3) (4) (5) (6) (10).

BIBLIOGRAFIA

1. Royal College of Physician Fractured neck of femur. Prevention and treatment. London, England: Royal College of Physicians; 1989
2. Wallace WA, The increasing incidence of fractures of the femur using sliding screw plate fixation. An orthopedic epidemic. Lancet, 1983; 6: 1413-1414
3. Bess RJ, Jolly SA Comparison of compression hip screw and gamma nail for treatment of pertrochanteric fractures, J South Orthop Assoc 1997;6: 173-179.
4. Boriani S, Bettelli G, Zmerly H Results of the multicentric Italian experience on the gamma nail: A report on 648 cases
5. Osnes EK, Lofthus CM, Falch JA et al. More postoperative femoral fractures with the gamma nail than the sliding screw plate in the treatment of trochanteric fractures. Acta Orthop Scand 2001; 72: 252-256.
6. Valverde JA, Alonso MG, Porro JG et al. Use of gamma nail in the treatment of fractures of the proximal femur. Clin Orthop 350; 56-61.
7. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, et al. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-137
8. Drubach DA, Kelly MP, Taragano FE: The Montebello rehabilitation factor score. J. Neurol. Rehabil. 1994; 8:92
9. Glantz SA Statitica per discipline biomediche. Milano McGrow-Hill, 2003; 271-278.
10. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O et al. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational chort study BMJ 2005;331:1374-76.

Riproducibilità di un semplice strumento per la diagnosi di delirium in un reparto di geriatria

S. Minervini, M. Boni, D. Broch, A. Broz, F. Carbonaro, M. Debiasi, S. Patelli, A. Pitteri, I. Righi, M. Saiani, S. Scarabello Vettore, R. Girardello

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria Ospedale di Rovereto

Introduzione. Il delirium (D) è un disturbo neuropsichiatrico che può interessare dal 15% al 70% dei pazienti anziani ricoverati in ambito medico e chirurgico. Esso tende ad essere un disordine transitorio, ad andamento fluttuante. Programmi integrati di intervento non farmacologico possono ridurre l'impatto clinico del problema e dovrebbero pertanto essere implementati nel trattamento medico-assistenziale globale del paziente geriatrico. Nella nostra U.O. ci siamo proposti di verificare se l'applicazione di

una metodica standardizzata di riconoscimento e di prevenzione del D, con successiva attuazione di interventi sui fattori di rischio, possa essere in grado di ridurre l'incidenza di tale sindrome e quindi di ridurre i tempi di degenza dei pazienti ospedalizzati e i costi ospedalieri. Abbiamo quindi avviato un progetto di intervento multiprofessionale (1) che nella prima fase ha compreso una attività di formazione del personale medico e assistenziale della UO di Geriatria dell'Ospedale di Rovereto sui seguenti temi: 1) deterioramento cognitivo e demenze; 2) delirium; 3) training sull'applicazione degli strumenti di valutazione e trattamento.
Scopo della ricerca. Valutare l'applicabilità e la riproducibilità di una scheda di diagnosi di delirium comprendente tre semplici e validati strumenti diagnostici: il *Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm* (CAM) di Inouye, la *Delirium Rating Scale* (DRS) di Trzepacz e *lo Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) di Pfeiffer.
Materiali e metodi. Per testare l'applicabilità e la riproducibilità degli strumenti da utilizzare sono state eseguite: *Validazione Test-Retest* in cui lo stesso operatore valuta lo stesso paziente a distanza di breve tempo (8-48 h) in assenza di modificazioni significative e *Validazione Inter-Rater* in cui due operatori valutano lo stesso paziente in cieco in condizioni di stabilità clinica.
Risultati. *Test Retest Reliability*. Sono stati valutati 9 soggetti (3 M e 6 F) di età media 80,2 anni (range 68-93) dallo stesso operatore (un medico e 2 infermieri) in condizioni di stabilità clinica. La concordanza delle valutazioni è stata completa. *Inter Rater Reliability*. Sono stati valutati 32 soggetti (18 F e 14 M) di età media 82 aa. (range 68-93) successivamente ricoverati nel nostro reparto. Complessivamente gli operatori che hanno eseguito la validazione sono stati 9, (3 medici e 6 infermieri). Il tempo medio impiegato per somministrare i 3 test è stato di 6,9 min. Dall'analisi dei risultati dei test eseguiti si è osservata una concordanza tra operatori del 97% per il CAM (kappa 0.92), dell'81,2% per la DRS (kappa 0.69), del 90,3% per lo SPMSQ (kappa 0.85).
Conclusioni. Eseguire attività di formazione nel personale medico ed assistenziale di una UO di Geriatria consente di sensibilizzare gli operatori su temi di rilevante importanza per la tipologia della popolazione assistita. La possibilità di utilizzare strumenti di riconoscimento di patologie estremamente frequenti nelle nostre corsie potrebbe aiutare ad evidenziarle precocemente e potenzialmente consentirebbe di attuare metodiche assistenziali mirate. La rapidità di esecuzione del test nonché la sua semplicità è prerogativa fondamentale affinché possa essere acquisito come buona pratica nelle abituali attività di assistenza al paziente anziano. Nella nostra esperienza abbiamo osservato una ottima riproducibilità dello strumento utilizzato.

Bibliografia

1. Minervini S, Boni M, Pitteri A, Girardello R. Diagnosi e prevenzione del delirium in un reparto di Geriatria: un progetto di intervento multiprofessionale. 51° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 29 novembre - 3 dicembre 2006.

Sildenafil citrato versus tadalafil nel trattamento della DE: la preferenza dei pazienti italiani e le motivazioni della loro scelta

V. Mirone, F. Fusco, A. Lembo[1], G.M. Ludovico[2], F. Pirozzi Farina[3], F. Montorsi[4], G.F. Menchini Fabris[5], R. Sicuteri[6], A. Rossi[6]

Clinica Urologica, Università Federico II –Napoli; [1]U.O. di Andrologia, Sassari; [2]Unità di Urologia Operativa, Ospedale Civile, Monopoli (BA), [3] Dipartimento di Urologia Università di Sassari, [4]Reparto di Urologia, Ospedale S. Raffaele Milano, [5]Unità di Andrologia, Università di Pisa; [6]Eli Lilly Italia.stituto, Roma [2] Università di Roma "Tor Vergata", Dipartimento di ASL RM E

Scopo. La preferenza dei pazienti, l'efficacia e sicurezza di Sildenafil e Tadalafil sono state verificate in uno studio in aperto, multicentrico, randomizzato, crossover, condotto in Gran Bretagna e Italia; nel presente lavoro è presentata un'analisi post hoc dei pazienti.
Materiali e metodi. In 13 centri Italiani e 21 in Gran Bretagna sono stati arruolati da Ottobre 2003 a Novembre 2004 pazienti di età superiore a 18anni, affetti da DE, con relazioni stabili e naïve al trattamento della DE sia con gli inibitori della PDE5 sia con qualsiasi altra terapia. I pazienti sono stati randomizzati all'assunzione di Sildenafil o Tadalafil per 12 settimane, dopo le quali sono stati passati alla terapia alternativa per altre 12 settimane. Le prime otto settimane di ogni periodo di trattamento servivano al paziente per trovare la dose ottimale di terapia. Dopo ogni periodo di trattamento sono stati utilizzati i questionari SEP e IIEF-EF per un confronto di efficacia. La preferenza di trattamento e le ragioni di preferenza sono state valutate dopo aver sottoposto i pazienti a entrambi i trattamenti.
Risultati. In totale sono stati arruolati 411 pazienti, dei quali 167 in Italia. Di questi, 144 hanno completato entrambi i periodi di trattamento ed hanno quindi espresso la propria preferenza. Il 75% dei pazienti (108 pazienti.) ha dichiarato di voler continuare il trattamento con Tadalafil, soprattutto per la possibilità di avere un'erezione molte ore dopo la somministrazione (primo o secondo motivo di preferenza per il 64.8% dei pazienti) mentre il 25% (36 pazienti) ha preferito sildenafil ($p = 0.001$).Entrambi i trattamenti migliorano i punteggi IIEF-EF e SEP rispetto alla baseline, con una lieve, ma significativa, prevalenza di Tadalafil per entrambi i parametri.
Conclusione. Tadalafil e Sildenafil sono efficaci e ben tollerati. La maggior parte dei pazienti ha preferito Tadalafil per la possibilità di intraprendere rapporti sessuali anche molte ore dopo il rapporto sessuale.

La transchetolasi non è un substrato casuale della proteolisi alterata nei fibroblasti dei pazienti con malattia di Alzheimer

A. Mocali[1], C. Cellai[1], P.L. Cocco[1], S. Dessì[2], A. Bavazzano[3],V.A. Mitidieri Costanza[3], A. Hasilik[4], F. Paoletti[1]

[1]Dipartimento di Patologia e Oncologia Sperimentali, Università di Firenze; [2]Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche, Sez. Patologia Sperimentale, Università di Cagliari; [3]Unità di Geriatria ASL 4 Prato; [4] Institute Physiologycal Chemistry, Phillips-University, Marburg

Scopo. Studi precedenti hanno portato all'identificazione, in fibroblasti dermici da pazienti con malattia di Alzheimer

(MA) sia familiare che sporadico, di isoforme dell'enzima tiamino-dipendente transchetolasi (TK), dette bande alcaline o TK-ab e proposte come sensibile biomarcatore periferico di MA (1). Ulteriori indagini (2) hanno dimostrato che le TK-ab sono il risultato della proteolisi limitata da parte delle cisteino-proteinasi (CP). Gli esperimenti qui riportati avevano due scopi: (a) dimostrare che l'espressione delle TK-ab si può modulare modificando i livelli intracellulari di proteasi/inibitori, (b) fornire una possibile interpretazione del perché proprio la TK sia un target preferenziale delle CP liberate durante l'estrazione.

Materiali e metodi. I campioni analizzati riguardano: fibroblasti dermici di pazienti con diagnosi clinica di MA e di controlli sani di pari età. Tra le metodiche impiegate vi sono: isoelettroforesi ed elettroforesi (SDS-PAGE) degli estratti condotti in assenza o in presenza di cistatina o papaina coniugate al sepharose-4B, rivelazione immunologica della TK e delle Catepsine L e H, immunofluorescenza secondo le procedure standard. La TK è stata rivelata immunologicamente anche in un pool di organelli sub-cellulari ottenuti da un omogenato di placenta umana (3), frazionati su gradiente di Percoll e quindi separati su SDS-PAGE.

Risultati. L'espressione delle TK-ab è inibita dall'estrazione dei fibroblasti MA in presenza di inibitori delle CP o della funzione lisosomiale, ma può essere indotta anche nei controlli se gli inibitori delle CP vengono complessati dalla papaina-sepharose-4B aggiunta durante l'estrazione. L'espressione del biomarcatore nei fibroblasti MA si rende evidente dopo permanenza in coltura per almeno una settimana dalla confluenza; in questo periodo si nota un incremento dei livelli delle catepsine H ed L. Inoltre, mediante immunofluore-scenza, si osserva che la TK, oltre ad avere una distribuzione citoplasmatica diffusa, si presenta parzialmente localizzata anche in strutture granulari, sia nelle cellule dei pazienti MA che dei controlli sani. Infine, indagini preliminari ottenute nel laboratorio di A. Hasilik su un preparato di placenta umana dimostrano che l'enzima co-localizza in parte con strutture vescicolari attribuibili a organelli autofagici e/o pre-lisosomiali.

Conclusioni. L'espressione delle TK-ab può essere modulata variando l'equilibrio tra le CP e i loro inibitori, non solo nei fibroblasti MA ma anche nei fibroblasti di controllo. Quindi il biomarcatore è generato da attività proteolitiche costitutive seppure più elevate nelle cellule MA rispetto a quelle di controllo. La proteolisi alterata della TK nei fibroblasti MA a generare il biomarcatore TK-ab, veniva considerato finora un evento casuale, e che le CP rilasciate durante l'estrazione processassero la TK al pari di altri substrati citoplasmatici. Il fatto che la TK si ritrovi in parte associata alle membrane intracellulari (vedi i dati di immunofluorescenza sui fibroblasti e del frazionamento del tessuto placentare) cambiano la prospettiva e forniscono una possibile interpretazione. La TK associata alle membrane autofago-lisosomiali sarebbe un target preferenziale immediatamente disponibile per la degradazione da parte delle CP. Questa ipotesi concorderebbe con l'osservazione che la permanenza prolungata in coltura dei fibroblasti è una condizione sperimentale favorente l'attività lisosomiale e autofagica e allo stesso tempo l'espressione delle TK-ab da parte dei fibroblasti MA. Resta da chiarire il significato biologico della collocazione della TK nel comparto autofagico-lisosomiale, forse dovuta al suo normale turnover e/o alla necessità di riciclare il coenzima TPP.

Bibliografia

1. Paoletti F, Mocali A. J Neurol Sci 1991;105:211-6.
2. Paoletti F, Mocali A, Tombaccini D. J Cell Physiol 1997;172:63-8.
3. Schroder B, Elsasser HP, Schmidt B, Hasilik A. FEBS Letters 2007;58,1102-8.

Effetti avversi e qualità della vita in pazienti anziani trattati con Bevacizumab per cancro metastatico del colon retto

C. Mocerino, S. Serra, V. Petrella, A. Silvestri, E. Comitale, L. Chianese, A. Gambardella

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo, II Università di Napoli

Scopo. In Europa il 40% dei pazienti affetti da carcinoma del colon-retto ha età superiore ai 70 anni e circa il 20% dei pazienti presenta alla diagnosi malattia metastatica. L'utilizzo dei nuovi farmaci biologici, in particolare del bevacizumab, anticorpo monoclonale anti-VEGF, in associazione a regimi a base di 5-fluorouracile, acido folinico ed irinotecan, ha sensibilmente migliorato la prognosi dei pazienti con malattia metastatica. Tuttavia, gli effetti positivi vanno considerati alla luce di potenziali eventi avversi quali ipertensione, proteinuria e, più raramente, emorragie, perforazioni gastrointestinali ed eventi tromboembolici, specie nei pazienti in età geriatrica. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare gli eventi avversi, correlati alla somministrazione di bevacizumab in associazione alla chemioterapia, e la loro influenza sulla qualità della vita in due gruppi di pazienti con cancro metastatico del colon-retto.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato 35 pazienti con carcinoma metastatico del colon-retto da sottoporre a terapia di prima linea con bevacizumab (5 mg/kg ogni 2 settimane mediante infusione endovenosa) in associazione con 5FU/LV ed irinotecan, suddivisi in due gruppi a seconda dell'età: il primo costituito da 20 pazienti di età < 70 anni (range 35-70, media 59,7 anni) ed il secondo da 15 pazienti con età > 70 anni (range 71-79, media 71,4 anni). I criteri di inclusione sono stati: PS 0-1; adeguata funzione midollare, epatica e renale con proteinuria non superiore a 500 mg/die; assenza di malattie cardiovascolari rilevanti; anamnesi negativa per malattie neuropsichiatriche pregresse o in atto; MMSE > 24; GDS < 5; assenza di metastasi cerebrali. Per la valutazione degli eventi avversi sono stati applicati i Common Toxicity Criteria del National Cancer Institute (NCI-CTC). La qualità della vita è stata valutata mediante il questionario generico EORTC QLQ-C30 ed il questionario specifico per pazienti affetti da neoplasia del colon-retto EORTC QLQ-CR38. La valutazione clinica, laboratoristica e quella dei questionari è stata eseguita al tempo 0, ad ogni ciclo di terapia e 2-3 mesi, 5-6 mesi dopo la chemioterapia.

Risultati. Ipertensione di qualsiasi grado si è manifestata nel 25,2% dei pazienti del primo gruppo e nel 27,5% dei pazienti più anziani (p > 0,001). L'ipertensione di grado 3, tale da richiedere una terapia anti-ipertensiva orale, è stata riscontrata nell'11,5% dei pazienti del primo gruppo e nel 13,8% dei pazienti più anziani (p > 0,001). Dopo 12 setti-

mane di trattamento, la variazione media della pressione arteriosa rispetto al valore basale è stata di +4,3-5,2 mmHg per la pressione diastolica e di +5,7-8,2 mmHg per la pressione sistolica. La proteinuria è stata riportata come evento avverso nel 27,9% dei pazienti del primo gruppo e nel 30,2% dei pazienti più anziani (p > 0,001). Nella maggior parte dei casi si è trattato di proteinuria di grado 1. Non è stato osservato alcun caso di ipertensione di grado 4 (crisi ipertensiva) né di proteinuria di grado 4 (sindrome nefrosica). Dalla valutazione dei punteggi rilevati ai questionari EORTC non è emerso che gli effetti secondari correlati a bevacizumab abbiano avuto impatto negativo sulla qualità della vita.
Conclusione. Dal nostro studio emerge che la terapia di combinazione con bevacizumab è stata efficace e ben tollerata in tutti i pazienti. Gli eventi avversi correlati al trattamento, quali ipertensione e proteinuria, pur rilevandosi in un numero maggiore di casi tra i pazienti più anziani, non hanno inciso in maniera significativa sulla qualità di vita. In definitiva, un trattamento di prima linea con bevacizumab e chemioterapia per cancro metastatico del colonretto in pazienti anziani di età > 70 anni, non affetti da sindromi geriatriche, appare una valida opzione terapeutica.

Studio longitudinale dello stato cognitivo in anziani affetti da demenza severa residenti in RSA mediante l'utilizzo della Short SIB (SIB-S)

I. Montecucco[1], S. Ercolani[1], A. Cerini[2], E. Mariani[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2]Struttura Fontenuovo (Residenze Ospitalità per Anziani-Fondazione O.N.L.U.S.)

Scopo della ricerca. I deficit cognitivi della demenza di Alzheimer sono progressivamente ingravescenti, si stima che molti alzheimeriani svilupperanno una demenza di grado severo. Riveste sempre maggiore importanza avere validi strumenti di valutazione dei deficit cognitivi nelle fasi più avanzate di demenza anche perché la loro mancanza ha finora determinato l'esclusione di una grossa fetta della popolazione con demenza dai principali trial farmacologici. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la progressione dei deficit cognitivi in un gruppo di soggetti affetti da demenza severa residenti in RSA tramite la Short Severe Impairment Battery (SIB-S), scala proposta da Saxton et al. nel 2005 perché più facilmente somministrabile a soggetti con disturbi comportamentali e gravi deficit attentivi, con un tempo di somministrazione di 10-15 minuti rispetto ai 30 minuti della SIB standard.
Materiali e metodi. Tra il novembre 2005 e il marzo 2006 sono stati arruolati 35 soggetti con demenza di grado severo (MMSE < 15/30) residenti in RSA. Ad ognuno dei soggetti arruolati è stata somministrata la versione short (26 item) della Severe Impairment Battery (SIB-S) che valuta varie aree cognitive (memoria, linguaggio, orientamento, prassia) con un punteggio massimo di 50. Ogni soggetto è stato sottoposto a valutazione della comorbilità (Cumulative Illness Rating Scale- CIRS), dello stato funzionale (Activity Daily Living-ADL) e della presenza di disturbi del comportamento (NeuroPsychiatric Inventory -NPI- a 12 item). Sono stati inoltre raccolti i dati relativi al trattamento farmacologico in atto. I soggetti arruolati sono stati rivalutati dopo 6 mesi (T_6) e dopo 12 mesi (T_{12}).
Risultati. Della popolazione arruolata 7 soggetti di sesso maschile (età media 85.1 ± 6.6, scolarità 8.8 ± 7.2, indice di comorbilità CIRS 1.7 ± 0.4, numero di farmaci 4.3 ± 1.7, MMSE 10.3 ± 4.7, ADL 1.1 ± 0.7, CDR 2.7 ± 0.7, NPI FxG 10.7 ± 11.5) e 22 soggetti di sesso femminile (età media 83.8 ± 7.7, scolarità 5.0 ± 3.8, indice di comorbilità CIRS 1.6 ± 0.4, numero di farmaci 3.4 ± 1.8, MMSE 9.7 ± 5.1, ADL 1.4 ± 1.2, CDR 2.6 ± 0.7, NPI FxG 26.4 ± 12.1) hanno completato lo studio. Il punteggio della SIB-S è passato da 30.9 a T_0 a 27.6 a T_6 ($p < 0.001$) a 22.9 a T_{12} ($p < 0.001$ *vs.* T_0). In particolare i soggetti hanno mostrato performance peggiori negli item relativi alle aree del linguaggio, dell'attenzione e dell'orientamento.
Il punteggio del MMSE è variato da 9.6 ± 4.9 a T_0 a 8.7 ± 6.8 a T_6 (n.s.) a 8.3 ± 6.8 a T_{12} (n.s. *vs.* T_0). Contemporaneamente al peggioramento cognitivo si è osservato un aggravamento dei disturbi comportamentali (NPI a T_0 22.6 ± 13.6 *vs.* NPI a T_{12} 26.6 ± 17.8, n.s.) e della disabilità funzionale (ADL a T_0 1.34 ± 1.07 *vs.* ADL T_{12} 0.79 ± 1.01, p = 0.001). Il peggioramento cognitivo globale a 12 mesi (figura) è risultato significativamente associato all'età del soggetto (OR 1.35, IC 95% 1.1-1.7), tuttavia, correggendo per altri confondenti (sesso, scolarità, comorbilità, numero di farmaci), la peggiore performance alla SIB non risulta essere associata ad alcun fattore.
Conclusioni. Il nostro studio conferma la maggior sensibilità della SIB (anche nella sua versione abbreviata) nella valutazione del deficit cognitivo severo rispetto al MMSE sia a 6 mesi che a 12 mesi, costituendo così un valido strumento per il monitoraggio di questi soggetti.

Il trattamento del dolore cronico mediante associazione ossicodone-paracetamolo in anziani istituzionalizzati in RSA

M. Monti, D. Moretti, M.C. Neri, L. Ceriotti, I. Santi, M. Gandelli, M. Gianotto

Residenze Sanitarie Assistenziali, Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio", Milano.

Nonostante l'ampio risalto dato dall'OMS alla terapia farmacologia per il controllo del dolore e la dimostrazione di come esso possa essere alleviato in oltre il 90% dei casi, il dolore rappresenta una problematica assistenziale ancora largamente irrisolta. In particolare, è stato dimostrato che nella persona anziana fragile il dolore cronico è presente con un'alta prevalenza sia tra i residenti a domicilio (25-50%) sia nei soggetti istituzionalizzati in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)(45-80%). Nella popolazione italiana solo il 27% dei soggetti con dolore persistente assume, più o meno regolarmente, farmaci analgesici rappresentati per lo più da antiinfiammatori non steroidei e, solo in misura residuale, da oppioidi. Inoltre, con l'aumentare dell'età diminuisce il numero di pazienti con dolore che riceve farmaci analgesici e gli anziani con età ≥ 80 anni sono praticamente esclusi dalla somministrazione di farmaci oppioidi.
Pazienti e metodi. Sono stati reclutati, dal gennaio 2006 al giugno 2007, 30 pazienti (19 F, 11 M; età media 81,9 ± 7,6 anni) degenti nelle RSA del Pio Albergo Trivulzio (ricettività: 500 p.l. circa) che hanno fatto uso, per il controllo di dolore cronico di grado moderato/severo, della associazione ossicodone-paracetamolo (OSS-P). La patolo-

gia causale del dolore era: in 17 casi di tipo osteo-articolare, in 6 di tipo neoplastico, in 5 di tipo neurologico con sindrome ipocinetica, in 2 vascolare. I pazienti presentavano una significativa compromissione funzionale (indice di Barthel 21 ± 26, m ± ds); solo 8 pazienti avevano un punteggio al Mini Mental State Examination ≥ 24. In 7 pazienti erano presenti lesioni da decubito, 6 pazienti erano portatori di catetere vescicale a permanenza, 2 avevano ossigenoterapia costante per insufficienza respiratoria e un paziente era nutrito artificialmente mediante sondino naso-gastrico. In 12 pazienti era segnalata una precedente, inefficace, terapia analgesica con tramadolo o codeina.
La dose iniziale media giornaliera di OSS-P è stata di 13,5 ± 5,75 mg mentre la dose massima di 29,5 ± 16,6 mg. Il farmaco è stato giudicato efficace in 29/30 pazienti valutabili, in quanto ha controllato la sintomatologia dolorosa fin dai primi giorni di assunzione. Il periodo di trattamento è stato di 16 settimane (mediana; range 1-71). Il dosaggio del farmaco è stato ridotto in 7 soggetti: per alterazione della cognitività e/o "rallentamento" psichico in 5 casi, per nausea/vomito in 3 casi (in un caso per entrambi i disturbi). Il farmaco è stato sospeso per comparsa di effetti collaterali in un caso; sia in questo caso che in altri 5, il farmaco è stato sospeso o per rifiuto del paziente o per impossibilità alla somministrazione per via orale. In un solo paziente OSS-P è stato sospeso per inefficacia (algie non controllate in undicesima settimana di trattamento), peraltro ad una dose relativamente bassa (30 mg/die) senza procedere ad un ulteriore incremento di dosaggio pur in assenza di effetti collaterali significativi. Dodici pazienti sono deceduti in RSA mentre 4 sono stati dimessi per domicilio o altra struttura.
Conclusioni. Il controllo del dolore rappresenta una priorità assistenziale non solo nei pazienti neoplastici ma anche nei soggetti affetti da patologie cronico-degenerative. I soggetti anziani, anche nelle fasce d'età più avanzate, dovrebbero poter usufruire delle terapie più appropriate per il controllo del dolore, compreso l'uso dei farmaci oppioidi. Nella nostra esperienza abbiamo osservato l'efficacia di OSS-P e la sua buona tollerabilità anche in pazienti molto anziani non autosufficienti e in condizioni psico-fisiche compromesse. I disturbi cognitivi attribuiti al farmaco sono stati osservati in soggetti con deficit già presenti pretrattamento. Dosaggi di OSS-P relativamente bassi sono stati utilizzati efficacemente per periodi prolungati.

Markers d'infiammazione cronica e delirium in pazienti anziani ricoverati in un Unità di Cura Sub-Intensiva

A. Morandi, I. Sleiman, R. Rozzini, A. Ricci, P. Barbisoni, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Premessa. Molti fattori sono noti come predisponesti all'insorgenza di delirium nei pazienti anziani affetti da malattia acuta. Alcune evidenze in letteratura correlano la proteina C reattiva (PCR) al delirium nei pazienti anziani.
Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato su 1369 pazienti di età > 60 anni, ricoverati consecutivamente nell'Unità di Cura Sub-Intensiva (UCSI) dell'Ospedale Poliambulanza di Brescia. Sono stati rilevati i seguenti parametri: età, sesso, diagnosi di ingresso, APACHE II-APS score, comorbilità (Charlson Index), numero di farmaci assunti, colesterolemia e albuminemia, stato mentale (Mini Mental State Examination MMSE, Geriatric Depression Scale), stato funzionale (Barthel Index, IADL) e giornate di ricovero in ospedale. I pazienti sono stati valutati all'ingresso nel reparto e tre volte al giorno fino alla remissione del delirium, con la Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).
Risultati. Le caratteristiche cliniche dei pazienti sono: età media 77.2 ± 11 anni, maschi 49.7%, Barthel Index (B.I.) prima del ricovero 71.4 ± 31.3, B.I. al momento del ricovero 33.0 ± 35.1, B.I. alla dimissione 51.6 ± 38.3, MMSE alla dimissione 20.7 ± 9.8, Charlson Index 6.0 ± 2.1, APACHE-II score 14.2 ± 6.3, APACHE-APS subscore 8.6 ± 5.9, numero dei farmaci 7.4 ± 3.1 e tempo di ricovero in ospedale 6.5 ± 5 giorni.
Ad un'analisi multivariata, dopo la correzione per i fattori confondenti, elevati valori di PCR (>19mg/dl) (RR: 2.6, 95% CI: 1.3-5.2), precedente diagnosi di delirium (RR: 2.3, 95% CI: 1.6-3.4), B.I. prima del ricovero (0-95) (RR: 2.4, 95% CI: 1.4-4.1) e Charlson Index (>8) (RR: 1.9, 95% CI: 1.3-2.9) sono associati indipendentemente ad un'aumentata incidenza di delirium.
Conclusioni. I dati ottenuti evidenziano come non solo lo stato funzionale premorboso e la comorbilità, ma anche i valori elevati di PCR, siano indipendentemente associati all'insorgenza di delirium, supportando l'ipotesi dell'infiammazione come mediatore di vulnerabilità nella popolazione anziana affetta da patologia acuta.

Efficacia di un Medical Food® in anziani istituzionalizzati affetti da stipsi cronica

D. Moretti[1], M.C. Neri[1], M. Monti[1], R. Cucca[1], L. Baingiu[1], A. Crippa[2]

[1]RSA, [2]UO Dietologia e Nutrizione Clinica ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Scopo. Nell'anziano la stipsi cronica di difficile trattamento è frequentissima e la sua prevalenza raggiunge nell'anziano istituzionalizzato il 50-80% (1). Scopo del nostro studio è stato valutare l'efficacia di un Medical Food® (integratore alimentare che si presenta come un alimento preconfezionato monodose) nella gestione della stipsi in una popolazione di anziani istituzionalizzati affetti da stipsi cronica già sottoposti a trattamento secondo le linee guida internazionali (2).
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 51 anziani (6 M, 45 F; età media 86,7 ± 9,3; range 65-100), ospiti delle RSA del Pio Albergo Trivulzio di Milano nel gennaio 2007, affetti da stipsi cronica in trattamento farmacologico. I pazienti (pz) sono stati osservati per 4 settimane (T1) con monitoraggio quotidiano delle evacuazioni: numero delle scariche alvine, loro entità (1 = scarsa; 2 = media; 3 = abbondante) ed eventuale ricorso a clisma fleet (CF). Nelle successive 4 settimane (T2) agli stessi pz è stato somministrato Regoldì® × 1 die, proseguendo l'osservazione già in atto e rilevando i parametri suddetti [Regoldì® è un Medical Food® costituito da 100 g di polpa di mela che veicolano 6 g di fibre solubili (frutto-oligo-saccaridi e inulina) e 4 g di lattulosio]. La dieta e le altre terapie farmacologiche

Parametri di valutazione	T1	T2	p
Frequenza delle evacuazioni, media giornaliera	0,55	0,63	< 0,01
Scariche alvine, punteggio complessivo evacuazioni	2112	2311	< 0,05
Scariche alvine, punteggio medio per evacuazione	2,70	2,62	< 0,05

non hanno subito modifiche durante il periodo di osservazione. I dati sono stati sottoposti ad analisi statistica con test t di Student.

Risultati. Dall'analisi dei dati risulta un aumento significativo della frequenza di evacuazioni ($p < 0,01$) con aumento dell'entità complessiva delle evacuazioni ($p < 0,05$) e, come conseguenza logica, si è osservata anche una diminuzione dell'entità media delle scariche.

Inoltre durante il periodo di osservazione con supplementazione con Regoldì® abbiamo potuto ridurre la terapia lassativa nel 57,2% dei casi. In particolare è risultata significativa la riduzione del consumo di polietlenglicole ($p < 0,01$).

Conclusioni. Il Medicalfood® Regoldì® si è dimostrato un prodotto efficace nel migliorare l'alvo di anziani istituzionalizzati affetti da stipsi cronica in terapia farmacologica, determinando un aumento della frequenza delle evacuazioni e dell'entità complessiva delle scariche alvine, permettendo altresì di ridurre la posologia di farmaci lassativi e CF in pz spesso politrattati. Regoldì® è risultato anche un valido strumento per aumentare l'apporto giornaliero di fibre in una formulazione palatabile e facilmente assumibile anche da pz con difficoltà di masticazione e/o di deglutizione.

Bibliografia

1. Bosshard W, Dreher E, Schnegg JF, Büla CJ. The treatment of chronic constipation in elderly people. An update. Drugs Aging 2004;21:911-30.
2. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence based approach to the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol 1990;85:261-5.

Identification of Seniors At Risk (ISAR). Utilità in anziani afferenti a due pronto soccorso italiani

V. Morichi[1], F. Salvi[1], A. Grilli[1], L. Spazzafumo[2], R. Giorgi[3], S. Polonara[4], G. De Tommaso[3], P. Dessì-Fulgheri[1]

[1] Clinica Medicina Interna, Università "Politecnica delle Marche", Ancona; [2] Centro di Statistica e Biometria, Dipartimento Ricerche Gerontologiche, INRCA, Ancona; [3] U.O. Accettazione Medica, INRCA, Ancona; [4] Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedali Riuniti, Ancona

Scopo. Gli anziani utilizzano frequentemente il Pronto Soccorso (PS), presentando problemi multipli, complessi, ad elevato livello di urgenza; perciò, essi richiedendo più risorse, indagini e tempo rispetto ai soggetti più giovani, e vengono più frequentemente ricoverati. Tali pazienti vanno incontro ad outcomes avversi dopo una visita in PS: il 10-20% ritorna in PS entro un mese, mentre il 15-20% sviluppa disabilità ed il 10% muore nei 6 mesi successivi (1). La precoce identificazione dei soggetti ad alto rischio potrebbe consentire un approccio personalizzato, volto a prevenire tali outcomes mediante una maggiore protezione medico-sociale. In letteratura, due strumenti di screening diretti ai pazienti anziani in PS si sono dimostrati efficaci in tal senso: il Triage Risk Screening Tool (TRST) e l'Identification of Seniors At Risk (ISAR) (2, 3). Nessuno dei due è mai stato testato in Italia, mentre il TRST, in un setting diverso dagli USA (dove è stato sviluppato) non ha confermato la sua predittività (4). Scopo dello studio è stato testare l'ISAR (sviluppato in Canada) in una popolazione di anziani afferenti a due PS italiani, sia in termini di predittività di outcomes avversi che di correlazione con una breve valutazione multidimensionale (VMD).

Materiali e metodi. 200 pazienti (età ≥ 65 anni) afferenti al PS dell'Azienda Ospedali Riuniti ed all'Accettazione Medica (PS Geriatrico) dell'INRCA di Ancona sono stati arruolati in uno studio prospettico, osservazionale. Criteri di esclusione: accesso per trauma, gravi condizioni cliniche, deterioramento cognitivo severo in assenza di familiari, rifiuto del consenso, precedente reclutamento. Dati raccolti: età, sesso, stato civile, condizioni abitative, modalità di arrivo, motivo dell'accesso al PS, triage, tempo in PS, diagnosi, ricovero/dimissione. È stata condotta una breve VMD mediante Charlson Index, SPMSQ e ADL sec. Katz; l'ISAR è stato somministrato direttamente al paziente o, se cognitivamente compromesso, al familiare. Il follow-up telefonico è stato realizzato a 30 e 180 giorni verificando mortalità, numero di ritorni in PS e di ricoveri, istituzionalizzazione, ADL. Gli outcomes valutati sono stati: 1) composito di morte, istituzionalizzazione e declino funzionale (perdita di almeno una ADL in soggetti con ADL > 0 al reclutamento); 2) come il precedente più ritorno in PS e/o ricovero in ospedale. Outcomes secondari: ritorno in PS entro un mese; uso frequente del PS (≥ 3 accessi in 6 mesi); ospedalizzazione e declino funzionale a 6 mesi. I pazienti sono stati suddivisi in due clusters (fragili/non fragili) sulla base della VMD eseguita ed è stata costruita la curva di ROC per l'ISAR. La predittività dell'ISAR per gli outcomes considerati è stata valutata mediante regressione logistica.

Risultati. L'ISAR è risultato positivo (≥ 2) in 138 (69%) pazienti, mostrando una buona correlazione con i clusters definiti sulla base della VMD (AUC 0.83, IC95% 0.77-0.89, $p < 0.0001$; SE 88%; SP 69%). L'OR per l'outcome composito 1) è risultato 4.73 (IC95% 2.2-10.2), mentre per l'outcome composito 2) era 3.55 (IC95% 1.7-7.3). L'ISAR è risultato anche in grado di predire ritorno (OR 2.17, IC95% 1.1-4.3) ed uso frequente del PS (OR 3.7, IC95% 1.2-12), ospedalizzazione (OR 2.3, IC95% 1.2-4.7), morte (HR 7.4, IC95% 1.76-31.2, $p = 0.006$) e declino funzionale a 6 mesi (OR 2.9, IC95% 1.2-7). Al contrario, l'ISAR non si è dimostrato in grado di predire il ritorno in PS entro un mese.

Conclusioni. L'ISAR appare un buon test di screening per identificare i soggetti a rischio di outcomes avversi (morte, ritorno in PS, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e declino funzionale) entro 6 mesi da una visita in PS. I soggetti positivi all'ISAR sono anche "fragili" (maggiore co-

morbilità, disabilità e deterioramento cognitivo): la positività all'ISAR potrebbe identificare soggetti da sottoporre ad un intervento precoce volto a prevenire i suddetti outcomes. In conclusione, i nostri risultati confermano la validità dell'ISAR anche nei PS italiani, consentendone l'uso e l'implementazione, anche in eventuali studi di intervento diretti ai soggetti positivi allo screening.

Bibliografia

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the Emergency Department: a systematic review of pattern of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med 2002;39:238-47.
2. Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the Emergency Department setting: the SIGNET model. J Am Geriatr Soc 2001; 49:1379-86.
3. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc 1999;47:1229-37.
4. Fan J, Worster A, Fernandes CMB. Predictive validity of the Triage Risk Screening Tool for elderly patients in a Canadian emergency department. Am J Emerg Med 2006;24:540-4.

Determinanti di NT-pro-BNP in anziani non scompensati

F. Moroni, L. Lorenzetti, F. Onetto, A. Vara, S. Giusti, E. Tedeschi, L. Parenti, F. De Negri, F. Carmassi, F. Pentimone

Dipartimento di Medicina Interna, Sezione di Geriatria, Università di Pisa

Introduzione. La determinazione dei valori dei peptidi natriuretici, e in particolare N-Terminal-pro-Brain Natriuretic Peptide (NT-pro-BNP), rappresenta un test utile per la diagnosi di scompenso cardiaco. Il loro dosaggio è però soggetto a notevoli variabilità.
Scopo dello studio è stato quello di identificare i fattori non cardiaci capaci di modificare le concentrazioni plasmatiche di NTproBNP in un gruppo di anziani non scompensati.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati, tra febbraio e maggio 2006, 70 pazienti ultrasessantacinquenni, che rispondevano a tutti i seguenti criteri: assenza di scompenso cardiaco, di cardiopatia ischemica cronica, di diabete mellito, di terapia con farmaci cardiovascolari, con una frazione d'eiezione ≥ 60%, con pressione arteriosa < 140/90 mmHg e con ECG normale. Sono stati dosati: NTproBNP, creatininemia, azotemia, acido urico, emocromo, PCR, ormoni tiroidei, colesterolo totale e frazioni, escrezione urinaria d'albumina. Per il dosaggio dell'NTproBNP è stato utilizzato un test immunologico (ECLIA, proBNP Elecsys, Roche Diagnostics); vengono ritenuti diagnostici di scompenso cardiaco i seguenti valori: > 125 pg/ml per un'età < 75aa e > 450 pg/ml per un'età ≥75aa. La velocità di filtrazione glomerulare (VFG) è stata calcolata secondo la versione abbreviata della Modification Diet of Renal Disease formula, definendo i soggetti con compromissione della funzione renale quelli con VFG < 60 ml/min/1,73 m^2. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a EcoColorDopplerCardiogramma ed Ecografia dell'addome.
L'indipendenza della correlazione tra NTproBNP e le variabili cliniche è stata valutata con il coefficiente R di Pearson, e, successivamente con un'analisi di regressione lineare multipla. Il modello finale di regressione multipla era ristretto ai parametri che mostravano una $P < 0.05$ nell'analisi univariata.
Risultati. I soggetti studiati hanno un'età media di 76 ± 1 anni, pressione arteriosa normale (PAS 124 ± 1 mmHg e PAD 75 ± 1 mmHg), buona funzione emuntoria renale (VFG 81 ml/min/1,73 m^2) e bassa escrezione renale d'albumina (mediana18 mg/ml). L'assetto lipidico è risultato buono (Colesterolo totale 156 ± 6 mg/dl, LDL 94 ± 5 mg/dl, HDL 45 ± 3 mg/dl); in circa 3/4 dei pazienti è stata rilevata la presenza di steatosi epatica. I livelli di emoglobina e di ematocrito sono risultati rispettivamente 11,2 ± 0,3 g/dl e 34 ± 1%. Il valore mediano di NTproBNP è risultato di 494 pg/ml (range interquartile 240-1330 pg/ml). Nell'analisi multivariata, l'NTproBNP è risultato correlato direttamente con l'età (r:0,213, p = 0,0214) e la PCR (r:0,221, p = 0,0117) ed inversamente con la PAD (r:-0,198, p = 0,0132), l'ematocrito (r:-0,299, p = 0,0368), l'FT3 (r:-0,242, p = 0,0141), il colesterolo LDL (r:-0,400, p = 0,0170) e la presenza di steatosi epatica (r:-0,211, p = 0,0090).
Conclusioni. Dal nostro studio emerge che le concentrazioni plasmatiche di NTproBNP negli anziani sono influenzati, oltre che dall'età, dal sesso, dall'indice di massa corporea, dalla frequenza cardiaca, dalla funzione renale e dall'ipertrofia ventricolare sinistra, anche dai valori di PCR, di FT3, di Hct, di pressione arteriosa diastolica e dalla presenza di epatosteatosi, in assenza di patologie cardiovascolari.
I cut-off tradizionalmente proposti sono pertanto inadeguati per fare la diagnosi di scompenso cardiaco. La diagnosi di scompenso è fondamentalmente clinica e non può essere stabilita in base ai valori di NTproBNP. I valori normali di riferimento sin'ora considerati, possono solo contribuire ad escludere cause cardiache di dispnea, quando presente.

La sincope neuromediata nel mondo reale. Nel paziente anziano spesso sindrome senocarotidea ed ipotensione ortostatica coesistono

A. Morrione, T. Cellai, A. Landi, A. Maraviglia, C. Golzio, F. Caldi, S. Zanieri, A. Ungar

Centro per lo studio della Sincope, Cardiologia Geriatrica, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Scopo. La sincope è un sintomo che consiste in una transitoria perdita di coscienza a risoluzione spontanea, che solitamente porta a caduta (1). Un trattamento specifico della sincope non può prescindere da una diagnosi precisa della causa responsabile. La valutazione del sistema nervoso autonomo (Tilt Table Test ed massaggio dei seni carotidei) è importante per la diagnosi etiologica della sincope nei pazienti con sincope di natura indeterminata dopo la valutazione iniziale (anamnesi, esame obiettivo ed ECG).

Lo scopo dello studio è di valutare la diagnosi finale di sincope in una serie consecutiva di pazienti giovani ed anziani riferiti al Centro per lo Studio della Sincope dell'Università di Firenze dopo una valutazione iniziale negativa.
Materiali e metodi. Dal Gennaio 2004 all'Ottobre 2006 sono stati valutati 689 pazienti, con età compresa tra i 16 e i 99 anni (età media 69 ± 17 anni); ogni paziente è stato sottoposto a Tilt Table Test potenziato con nitroglicerina secondo il protocollo italiano (2), massaggio dei seni carotidei in clino ed ortostatismo secondo il metodo dei sintomi (3) e alla prova di ipotensione ortostatica. La casistica è stata analizzata nel suo complesso e suddivisa in base all'età (Gruppo A: < 65 anni, 201 pazienti con età media 46 ± 1 anni, Gruppo B: 65-74 anni, 152 pazienti con età media 70 ± 1 anni, Gruppo C: ≥ 75 anni, 336 pazienti con età media 82 ± 1 anni).
Risultati. La valutazione neuroautonomica ha permesso una diagnosi in 444 pazienti (64,3%) senza differenza nei vari gruppi di età. Nei più anziani è stata riscontrata una maggiore incidenza di ipotensione ortostatica (gruppo A: 9%, gruppo B: 15%, gruppo C: 25%, p = 0.02) e di positività del massaggio dei seni carotidei (sindrome senocarotidea). In particolare la sindrome senocarotidea aumenta pazienti con età superiore ai 65 anni. La positività del tilt table test si è ridotta con l'avanzare dell'età (gruppo A: 53%, gruppo B: 51%, gruppo C: 42%). Nei pazienti in età geriatrica aumenta progressivamente la coesistenza di ipotensione ortostatica e positività del massaggio dei seni carotidei (gruppo A: 13%, gruppo B: 17%, gruppo C: 28%, p = 0.0004).
Conclusioni. Nella popolazione geriatrica la valutazione neuro-autonomica in pazienti con sincope inspiegata alla valutazione iniziale ha la stessa resa diagnostica del giovane-adulto. La frequente coesistenza di ipotensione ortostatica e di sindrome senocarotidea impone una valutazione neuroautonomica completa in tutti i pazienti, al fine di adottare le specifiche misure terapeutiche.

Bibliografia

1. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope—update 2004. Europace 2004;6:467-537.
2. Del Rosso A, Ungar A, Bartoli P, Cellai T, Mussi C, Marchionni N et al. Usefulness and safety of shortened head-up tilt testing potentiated with sublingual glyceryl trinitrate in older patients with recurrent unexplained syncope. J Am Geriatr Soc 2002;50:1324-8.
3 Puggioni E, Guiducci V, Brignole M, Menozzi C, Oddone D, Donateo P et al. Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the "method of symptoms". Am J Cardiol 2002;89:599-601.

Predittori clinici di conversione a demenza in anziani con *Mild Cognitive Impairment*

E. Mossello, M. Gullo, M. Boncinelli, M.C. Cavallini, D. Simoni, E. Sarcone, A. Peruzzi, I. Tassinari, N. Marchionni, G. Masotti

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Scopo. Negli ultimi anni sono stati identificati marker neuroradiologici e biochimici del rischio di conversione a demenza nel Mild Cognitive Impairment (MCI). Tali indicatori sono tuttavia ancora poco diffusi nella pratica clinica. Lo scopo del presente studio è quello di indagare l'utilità della caratterizzazione socio-ambientale e clinica (in particolare del profilo neuropsicologico e dei sintomi psicologici e comportamentali) nel predire il rischio di conversione a demenza a 15 mesi in un campione di anziani con MCI.
Materiali e metodi. In quest'analisi longitudinale retrospettiva sono stati inclusi soggetti afferiti alla nostra Unità Valutativa Alzheimer, nei quali è stata posta diagnosi di MCI (secondo i criteri di Winblad et al., 2004). La valutazione iniziale comprendeva, oltre ad una valutazione socio-ambientale, Mini Mental State Examination (MMSE), scale di attività di base e strumentali della vita quotidiana (BADL, IADL), Geriatric Depression Scale (GDS), Neuropsychiatric Inventory (NPI), oltre ad una valutazione neuropsicologica estesa. Sono stati quindi inclusi nell'analisi i soggetti rivalutati dopo 9 e 15 mesi, allo scopo di valutare l'incidenza di demenza e i fattori associati a tale diagnosi.
Risultati. Nel campione iniziale erano inclusi 80 soggetti (52% femmine), con un'età media 76 ± 1 anni ed un punteggio medio al MMSE 26.3 ± 0.3. Hanno successivamente sviluppato una demenza ("converter") 10 dei 50 soggetti valutati dopo 9 mesi (20%) e 16 dei 33 soggetti valutati dopo 15 mesi (49%). Confrontando le caratteristiche basali di soggetti "converter" (C) e "non-converter" (NC) a 15 mesi, si è osservata una differenza significativa per il contesto abitativo (tra i C il 63% viveva da solo alla valutazione iniziale, tra i NC il 12%, p = 0.002), il punteggio della rievocazione immediata delle 15 parole di Rey (C 30.2 ± 1.5 *vs.* NC 37.1 ± 1.7, p = 0.005) ed il punteggio della NPI (C 13.8 ± 1.9 *vs.* NC 8.5 ± 1.7, p = 0.04), in particolare del sub-item "ansia" (C 2.1 ± 0.4 *vs.* NC 0.9 ± 0.4, p = 0.04). Non vi erano invece differenze tra i due gruppi per età, MMSE, GDS, ADL e IADL alla valutazione basale. In un modello di regressione logistica, vivere da soli, un punteggio inferiore alle 15 parole di Rey ed un'entità maggiore dell'ansia sono risultati indipendentemente associati al rischio di sviluppare demenza.
Conclusione. In questo gruppo di anziani con MCI, una maggior compromissione della memoria episodica e maggiori livelli di ansia sono risultati associati ad un maggior rischio di sviluppare demenza dopo 15 mesi. Questi dati supportano inoltre l'ipotesi che l'isolamento sociale sia associato ad un maggior rischio di demenza, anche se tale risultato può essere in parte spiegato da un "drop-out" selettivo al follow-up di soggetti "non-converter".

Studio su pazienti geriatrici in reparto di lungodegenza: caratteristiche cliniche, valutazione multidimensionale ed outcome

C. Mugelli, V. Ciambrone, U. Campani, F. Sequi, P. Santelli, M.C. Conti, M. Cialdella, L. Lupino, A. Puthumana, E. Tsompo

Santa Chiara Firenze S.p.A. – GIOMI Firenze

Scopo. Le caratteristiche dei pazienti geriatrici lungodegenti (non autosufficienza, comorbilità) configurano una tipologia di soggetti ad elevato rischio clinico. Lo scopo dello studio è di verificare i risultati ottenuti durante la degenza mediante una valutazione multidimensionale ed un programma terapeutico-assistenziale personalizzato accompagnato da un regolare monitoraggio attraverso l'uso di scale codificate.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati molteplici campi di analisi (ipomobilità, disfagia, incontinenza, livello di dipendenza…). Gli strumenti utilizzati sono stati: Exton Smith per il rischio di lesioni da decubito, Swallow Test per la disfagia, IADL e ADL per l'autonomia, CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) per la comorbilità, Mini Mental State Examination (MMSE) per lo stato cognitivo. Ciascun test è stato eseguito all'ingresso e alla dimissione, mantenendo un regolare monitoraggio infermieristico durante tutta la degenza. I dati sono stati riportati in un Data Base aggiornabile che possa rendere in tempo reale la dinamica statistica dello studio.
Risultati. Il quadro dell'analisi di un campione di 30 soggetti (53% donne) provenienti per la maggioranza dei casi da reparti di Medicina Generale mostra un'età media 81 anni e una degenza media di 25 giorni. All'ingresso la CIRS evidenzia una severità media di 1.78 e una comorbilità media di 4. Per ADL e IADL il 33% del campione risulta avere un punteggio pari a zero. Al MMSE si rileva una media di punteggio di 14.5. Il 56% dei soggetti è iperteso; il 73% incontinente, il 26% presenta un'incontinenza doppia. Il 23.3% presenta disfagia. Per il 76% dei casi si è dovuto ricorrere a presidi antidecubito. Alla dimissione si è registrato un netto miglioramento in oltre il 70% dei soggetti e l'insorgenza di infezioni ospedaliere è stata pari a zero.
Conclusioni. Sebbene esiguo, il campione preso in analisi risulta essere il frutto di una sperimentazione giunta a buon fine. Un reparto pilota si è posto l'obiettivo di sviluppare una visione scientifica e lungimirante del paziente geriatrico che richiede un'osservazione ed un campo di azione a trecentosessanta gradi.

Alterazioni dell'omeostasi intracellulare del colesterolo in fibroblasti cutanei di pazienti con malattia di Alzheimer

C. Mulas[1], C. Norfo[1], M. Putzolu[1], C. Abete[1], PL. Cocco[1 2], S. Dessì[1], A. Pani[1], A. Mocali[2], F. Paoletti[2]

[1]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [2]Dipartimento di patologia Sperimentale e Oncologia, Università di Firenze

Scopo. Studi precedenti hanno mostrato che alterazioni dell'esterificazione del colesterolo sono presenti sia in cervelli umani che in modelli sperimentali di malattia di Alzheimer (AD). In aggiunta inibitori dell'esterificazione sono in grado di prevenire la formazione di placche amiloidi in topi transgenici ad alto rischio di AD. Questi risultati indicano in maniera inequivocabile un importante ruolo dell'esterificazione de colesterolo nello sviluppo e nella progressione di questa malattia. Per chiarire meglio i meccanismi patogenetici responsabili di tale ruolo, nel presente studio, l'esterificazione, il contenuto di esteri, l'accumulo di lipidi citoplasmatici e l'espressione (mRNA e proteine) di alcuni geni coinvolti nella regolazione dell'omeostasi del colesterolo sono stati valutati in fibroblasti cutanei ottenuti da 6 pazienti AD e da 6 soggetti sani di pari età.
Materiali e metodi. I fibroblasti sono stati ottenuti mediante asportazione di frustoli di tessuto cutaneo. Una volta isolati, essi sono stati coltivati in terreno arricchito con 10% di FCS e incubati in assenza e in presenza di due differenti inibitori dell'esterificazione del colesterolo. Il contenuto lipidico è stato valutato sia con tecniche TLC che con colorazione con "Oil red O", in grado di legare esteri del colesterolo ma non colesterolo libero. I livelli di mRNA sono stati ottenuti mediante tecniche di RT-PCR, quelli proteici mediante Western blotting.
Risultati. I fibroblasti di pazienti AD presentano una velocità di crescita superiore a quella di fibroblasti di controllo, a cui si associa un'aumentata capacità di esterificare il colesterolo. Essi inoltre accumulano nel loro citoplasma elevate quantità di lipidi neutri, in particolare esteri del colesterolo, come evidenziato anche dall'aumentata espressione dell'enzima responsabile dell'esterificazione intracellulare del colesterolo, ACAT1. Inoltre, l'analisi dell'espressione, mediante RT-PCR, di alcuni geni correlati sia al metabolismo del colesterolo che a quello dell'amiloide β (Aβ) hanno mostrato:

1. nessuna variazione rispetto ai controlli dell'espressione di LDL –R e HMGCoA-R;
2. diminuzioni significative della nCEH, dell'ABCA1, della caveolina-1 e della β-secretasi;
3. aumenti significativi della proteina precursore dell'amiloide (APP).

Di rilievo, il trattamento di AD fibroblasti con due differenti inibitori dell'esterificazione era in grado di riportare tutti i parametri alterati ai livelli dei controlli.
Conclusioni. Nel loro insieme questi risultati suggeriscono che i meccanismi coinvolti nella regolazione dell'esterificazione del colesterolo sono alterati in maniera sistemica nei pazienti AD. Essi inoltre supportano l'ipotesi che tali alterazioni possano svolgere un ruolo importante nella produzione di Aβ, considerata la proteina cardine nella patogenesi dell'AD.

Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Valutazione del dispendio energetico massimale (VO_2-MAX) e degli equivalenti metabolici (METS) mediante treadmill test in donne anziane non istituzionalizzate

S. Mulone, G. Sergi, A. Coin, S. Sarti, M. Peloso, E. Manzato, M. Trolese, S. Marin, T. Fricia, P. Bonometto, E.M. Inelmen, G. Enzi

Clinica Geriatrica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Premessa. La capacità aerobica massimale espressa dal VO_2max in rapporto al consumo di O_2 a riposo (equivalenti metabolici o METS) è un indicatore di stato funzionale ed un predittore di rischio di morte cardiovascolare. Nella pratica clinica i METS vengono determinati misurando il VO_2 max e calcolando l'O_2 basale dal peso corporeo. Nell'anziano la capacità aerobica massimale è poco indagata soprattutto per ridotta compliance. Inoltre il calcolo dell'O_2 basale potrebbe essere sovrastimato per la riduzione di massa magra/kg di peso con conseguente sottostima dei METS. D'altronde la conoscenza dei livelli di METS raggiungibili dall'anziano è di importante utilità nell'attività sportiva e ricreativa della terza età al fine di tarare i carichi di lavoro alle reali capacità funzionali residue.

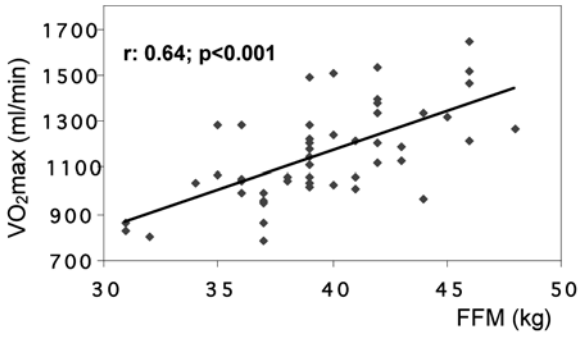
Scopi. Il nostro studio si proponeva, in un gruppo di anziane in buona salute, di valutare:

- la capacità aerobica massimale (VO_2max) mediante treadmill test e la relazione tra VO_2max e composizione corporea;
- i livelli di attività fisica definiti in base agli equivalenti metabolici (METS) raggiunti;
- le differenze tra valori di METS misurati e quelli derivati dalle formule;
- i livelli di attività fisica nei sottogruppi di soggetti suddivisi per terzili di peso corporeo e massa magra corretti per l'altezza (BMI e FFMI).

Materiali e metodi. Sono state studiate 52 donne anziane, in buona salute, in normopeso o sovrappeso partecipanti alle attività motorie del comune di Padova. In tutti i soggetti sono stati valutati:

- Composizione corporea: massa magra (FFM) e massa grassa (FM) mediante DEXA (Hologic 4500 W).
- Spesa energetica a riposo (REE) mediante calorimetria indiretta (Sensor Medics Vmax 229).
- Consumo massimale di ossigeno (VO_2max) con treadmill test ed utilizzo del protocollo di Naughton (6 STEPS di 3 minuti ciascuno con velocità costante 3,2 Km/h e pendenza della pedana crescente dal 4 a 20%).

Fig. 1.



I METS misurati ($METS_{mis}$:VO_2max/VO_2basale) sono stati confrontati con quelli calcolati ($METS_{cal}$: VO_2max/kg/3,5).

Risultati. Le caratteristiche dei soggetti sono mostrati nella tabella 1. La VO_2max è risultata 1153.3 ± 201.7 ml/min con uno step massimale raggiunto di 2.1 ± 1.5. La FFM era la variabile che meglio correlava con il VO_2max (r:0.64; $p < 0.001$ figura 1). Inoltre correlazioni significative emergevano tra VO_2max e BMI (r: 0.43; $p < 0.05$), FM (r: 0.49; $p < 0.001$), REE (r: 0,56; $p < 0,001$) e step massimo (r: 0.35; $p < 0.05$). Con regressione multipla, la FFM e lo step massimo insieme riuscivano a spiegare quasi il 50% della variabilità del VO_2max. I valori medi dei METS misurati erano più alti di quelli calcolati (6.3 ± 1.0 *vs.* 5.1 ± 0.7; $p < 0.001$). La distribuzione dei pazienti in base ai livelli di attività fisica secondo i METS raggiunti era la seguente: debole 0%, moderata 8%, elevata 63%, molto elevata 29%. Non emergevano differenze nei valori medi di METS nei diversi terzili della distribuzione di BMI e FFMI.

Conclusione. La massa magra appare il principale determinante del VO_2max spiegando più del 40% della sua variabilità. Le nostre anziane presentano un grado di allenamento e livelli soddisfacenti di attività fisica. La reale capacità funzionale viene sottostimata quando si utilizzano i METS calcolati. Le differenze di BMI e FFM non sembrano influenzare nel nostro campione la capacità massimale aerobica.

Tab. I.

	Media ± DS
ETÀ	70.2 ± 3.6
BMI	26.3 ± 3.0
FFM (kg)	39.6 ± 3.9
FM (kg)	23.4 ± 4.7
REE (kcal/die)	1286 ± 179.4
VO_2MAX(ml/min)	1153.3 ± 201.7
$METS_{mis}$	6.3 ± 1.0

Incidenza dell'ipotensione ortostatica come causa di sincope in pronto soccorso: lo studio EGSYS-2.

C. Mussi[1], A. Ungar[2], G. Salvioli[1], C. Menozzi[3], A. Bartoletti[4], F. Giada[5], A. Lagi[6], I. Ponassi[7], G. Re[8], R. Furlan[9], G. Rovelli[10], R. Maggi[11], M. Brignole[11]; Per il Gruppo "Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 (EGSYS-2)"

[1]U.O di Geriatria, Nuovo Ospedale Estense e Università di Modena e Reggio Emilia, Modena; [2]U.O. di Geriatria, Ospedale Careggi e Università di Firenze, Firenze; [3]U.O. di Cardiologia, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia; [4]U.O. di Cardiologia, Nuovo Ospedale S.Giovanni di Dio, Firenze; [5]U.O. di Cardiologia, Ospedale Umberto I, Mestre; [6]U.O. di Medicina d'Urgenza, Ospedale S. Maria Nuova, Firenze; [7]U.O. di Medicina d'Urgenza, Ospedale S. Martino, Genova; [8]U.O. di Medicina d'Urgenza, Policlinico S. Orsola Malpighi e Università di Bologna, Bologna; [9]U.O. di Medicina Interna II, Ospedale L. Sacco e Università di Milano, Milano; [10] U.O. di Cardiologia, Ospedale Salvini, Rho; [11] U.O. di Cardiologia, Ospedali del Tigullio, Lavagna

Introduzione. La sincope da ipotensione ortostatica (IOS) è una perdita di coscienza dovuta ad una riduzione della pressione arteriosa (PA) nel passaggio dal clino all'ortostatismo. Lo studio EGSYS-2 (Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 group) si propone una valutazione sistematica dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso per sincope di origine sconosciuta applicando le linee guida per la diagnosi e terapia della sincope dell'European Society of Cardiology (ESC). Scopo dello studio è la valutazione dell'incidenza di IOS e delle caratteristiche cliniche dei pazienti con IOS.
Materiali e metodi. Per ottimizzare l'applicazione delle linee guida dell'ESC è stato utilizzato un "decision making software" (EGSYS software, versione 1.0); ed è stato istruito un medico dedicato in ogni Unità Operativa partecipante allo studio, con la funzione di mantenere i contatti con il Supervisore Centrale per quanto riguardava la gestione della sincope secondo i criteri delle linee guida dell'ESC. IOS è stata diagnosticata quando esisteva un'associazione tra sincope/presincope e la dimostrazione di IO (riduzione di almeno 20 mmHg della PA sistolica o una PA sistolica ≤ a 90 mmHg)
Risultati. Sono stati analizzati dati riguardanti 465 pazienti (età media 63,0 ± 21,5 anni, 54,4% maschi). IOS era presente nel 9,9% della popolazione. I pazienti con IOS erano più anziani (71,5 ± 17,6 *vs.* 62,1 ± 21,7, p < 0,001); in questi soggetti la prevalenza di ipertensione (p = 0,024), cardiopatia ischemica (p = 0,049), morbo di Parkinson (p = 0,007), altre patologie cardiache (p = 0,023) e neurologiche (p = 0,006) era più elevata, come era più frequente un maggior uso di diuretici (p = 0,004), beta-bloccanti (p = 0,004), nitrati (p < 0,001) e digossina (p = 0,012). All'analisi multivariata il morbo di Parkinson (p = 0001), l'uso di beta-bloccanti (p = 0,015), di nitrati (p = 0,035) e di diuretici (p = 0,029) sono risultati fattori correlati a IOS, indipendentemente da età, sesso, anomalie elettrocardiografiche e altre patologie neurologiche e cardiache.
Conclusioni. Nella pratica clinica l'uso sistematico delle linee guida dell'ESC consente di identificare i pazienti con IOS; per la maggior parte di loro, la diagnosi è semplice, rapida ed economica, poiché è sufficiente uno sfigmomanometro e si evitano costosi esami. La IOS è più frequente negli anziani e rappresenta un fattore di rischio di caduta; come dimostrano i nostri dati, spesso può essere prevenuta con un corretto ed oculato uso dei farmaci, in particolare di quelli cardioattivi, essendo nella maggior parte dei casi iatrogena.

Evoluzione dei disturbi cognitivi, comportamentali e dello stress del caregiver nell'anziano con malattia di Alzheimer: Influenza della religiosità

M. Najjar, A. Coin, A. Girardi, G. Sergi, E. Manzato, E.M. Inelmen, M. Zazzaron, S. Sampietro, G. Orru, G. Enzi

Clinica Geriatrica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Analizzare l'eventuale relazione tra religiosità e progressione dei disturbi cognitivi e comportamentali nella malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato. Valutare la relazione tra religiosità del malato di Alzheimer ed evoluzione dello stress del caregiver.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 50 pazienti anziani affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato, valutati al tempo zero e dopo 12 mesi con scale che indagavano la sfera cognitiva (MMSE), comportamentale (NPI), l'autonomia personale (ADL, IADL), la religiosità (BRS) e lo stress del caregiver (NPI-D, CBI).
I soggetti sono stati divisi in due gruppi in base al grado di religiosità testato con la BRS (cut-off 24) ed per ogni scala è stata valutata la differenza (Δ) tra valore a 12 mesi e quello basale.
Risultati. I pazienti a bassa religiosità presentavano dopo un anno un peggioramento significativo al MMSE e all'NPI, mentre non emergevano differenze nell'autonomia personale. Anche lo stress del caregiver risultava peggiorato solo nel gruppo dei soggetti a bassa religiosità.

	Religiosità medio-alta (BRS ≥ 24)			Religiosità bassa-nulla (BRS < 24)		
	basale	a 12 m	Δ	Basale	A 12 m	Δ
MMSE	20.7 ± 3.6	20.2 ± 4.3	-0.5 ± 4.4	20.6 ± 3.3	14.9 ± 4.	-5.6 ± 4.2 *
NPI	20.6 ± 16.3	21.8 ± 14.2	1.21 ± 13.4	15.3 ± 10.6	34.8 ± 20.0	19.5 ± 16.3 *
ADL	5.5 ± 0.7	4.8 ± 1.3	-0.7 ± 1.3	5.4 ± 1	4.5 ± 1.5	-1.0 ± 1.4
IADL	4.4 ± 2.2	2.8 ± 1.7	-1.6 ± 2.1	3.5 ± 1.8	1.8 ± 1.5	-1.8 ± 1.8
NPI-D	9.4 ± 7.6	9.4 ± 8.1	0.0 ± 8.4	7.1 ± 5.7	16.9 ± 9.1	9.8 ± 8.1 *
CBI	17.5 ± 20.6	21.9 ± 20.4	4.4 ± 10.5	17.3 ± 14.6	38.8 ± 18.9	21.5 ± 18.4 *

* p < 0.05

Vi era inoltre una correlazione significativa tra religiosità, progressione del deficit cognitivo (r: 0.50; p < 0.001; figura) e dei disturbi comportamentali (r: -0.55; p < 0.001).
Conclusione. Nell'anziano con demenza di Alzheimer, un più elevato grado di religiosità sembra essere un fattore che rallenta la perdita delle funzioni cognitive e l'aggravamento di quelle comportamentali. Mantenere e favorire la religiosità può essere di aiuto nella gestione della malattia di Alzheimer e portare sollievo al paziente ed al caregiver.

BIBLIOGRAFIA

Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M. Cognitive decline in Alzheimer disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL. Neurology 2007;68:1509-14.

Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. Oncol Nurs Forum 2006;33:729-35.

Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. Am J Geriatr Psychiatry 2004;12:240-9.

Può lo studio di familiari affetti da polimialgia reumatica contribuire ad una migliore comprensione della sua etiologia? Descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura.

M. Natale, G. Lombardi[1], C. Manzo

Servizio di Reumatologia ex Ospedale "Mariano Lauro", Sant'Agnello (NA); [1]Oculista, distretto sanitario 88, ASL NA 5

Fin dal 1957, anno della pubblicazione dello storico lavoro di Barber, è nota la possibilità che due o più consanguinei possano essere colpiti dalla PMR con o senza l'associazione con l'arterite di Horton.
Si tratta di un'eventualità decisamente rara. In una casistica di 96 casi seguiti per 10 anni dal gruppo di Chuang ed Hunder, ad esempio, non veniva descritto alcun caso familiare. Più in generale, negli ultimi 50 anni, il numero di casi familiari descritti nella letteratura internazionale non supera le tre decine.
Casi clinici. Vengono descritte le storie cliniche di due sorelle residenti in due piccoli comuni (Sant'Agnello e Piano di Sorrento) della penisola sorrentina, affette la prima da PMR pura e la seconda da PMR associata ad arterite di Horton (c.d. Malattia di Horton).
C.M. anni 71, sesso F: viene alla nostra osservazione nel mese di dicembre del 2005 per dolore persistente al collo ed al cingolo pelvico associato a netta elevazione degli indici di flogosi acuta (VES = 60 mm/1° ora *vs.* 20 ; PCR = 86 mg/dl *vs.* 5). Viene posta diagnosi di PMR ed instaurata terapia con 8 mg/die di metilprednisolone che determina una rapida, completa e duratura risoluzione del quadro clinico con piena normalizzazione degli indici di flogosi.
C.C. anni 76, sesso F: viene alla nostra osservazione nel mese di maggio del 2006 inviata dal collega oculista a cui la paziente si era rivolta per improvviso e severo deficit visivo a carico dell'occhio sinistro. La visita oculistica aveva evidenziato una grave ischemia a carico dell'arteria centrale della retina. Una RMN cerebrale non aveva mostrato alcun dato patologico, mentre tra i dati di laboratorio spiccava la netta alterazione degli indici di flogosi con VES pari ad 80 mm/1° ora e PCR pari a 136.
Nel corso della visita reumatologica, la paziente precisava che il deficit visivo era stato preceduto da un dolore violento (comparso un mese prima) a sede retronucale e al cingolo scapolare, scomparso a seguito dell'assunzione di 5 mg/die di prednisone per 10 giorni, come consigliatole dal figlio medico. L'esame obiettivo evidenziava un turgore dell'arteria temporale superficiale di sinistra con spiccata iperestesia locale che ne rendeva impossibile la palpazione. Posta diagnosi di malattia di Horton, veniva impostata terapia con 1 mg/kg/die di prednisone, con il risultato di ottenere in 20 giorni la completa normalizzazione degli indici di flogosi con una più lenta e solo parziale ripresa del deficit visivo. Non è comparso alcun deficit a carico dell'occhio destro.
Discussione. La possibilità di una aggregazione familiare della PMR è stata più volte segnalata in letteratura. Tra i 57 casi di PMR giunti alla nostra osservazione nel periodo gennaio 2004-giugno 2007, i casi qui descritti rappresentano l'unico a carattere familiare.
La comparsa di una stessa patologia in consanguinei rimanda schematicamente a due eventualità:
1) fattori ambientali, ivi compresi fattori infettivi;
2) patrimonio genetico comune.
Nelle due sorelle descritte, la tipizzazione HLA ha dato i seguenti risultati: A1; B7, 8; DR1. Non è stato possibile effettuare la tipizzazione HLA su consanguinei non PMR in quanto le due pazienti non hanno consanguinei.
Nei casi familiari descritti in letteratura, la tipizzazione HLA (quando effettuata) ha fornito risultati quanto mai diversificati, sia pure con una maggior frequenza del B8 e del DR4. Inoltre, la presenza del B8 è stato descritto anche in forme isolate (cioè non familiari) di PMR.
Per quanto concerne il peso dei fattori ambientali, se è vero che le due sorelle vivono in ambienti geograficamente identici ed hanno contatti pressocchè quotidiani, è altrettanto vero che l'incidenza della PMR nel comune di Sant'Agnello e Piano di Sorrento è nettamente più bassa che in un altro comune della penisola sorrentina quale Massalubrense (dati personali non ancora pubblicati) con differente altitudine (in alcune sue frazioni) e con significativa frequenza di matrimoni tra ceppi familiari identici.
La comparsa della malattia, inoltre, è avvenuta, nelle due sorelle, in periodi dell'anno differenti.
Nei casi familiari descritti in letteratura, la componente ambientale era molto modesta o perché si trattava di consanguinei residenti in aree geografiche differenti oppure perché tra le epoche di diagnosi della PMR intercorreva un periodo di tempo notevole (in un caso descritto da Granato et al. addirittura 28 anni).
In definitiva, il nostro contributo sembra rafforzare l'ipotesi che nel determinismo della PMR il patrimonio genetico abbia un peso maggiore rispetto ai fattori ambientali (anche non esiste un assetto genetico comune) e che fattori verosimilmente infettivi (probabilmente non identici) possano, in individui geneticamente predisposti, scatenare, attraverso meccanismi immuno-mediati, la malattia.

Riabilitazione cognitiva nell'anziano: un intervento di prevenzione primaria del decadimento senile

V. Nicolucci, L. Perrero, L. Bruni, L. Panelli, V. Manieri, A. Pagella

Centro Polifunzionale Soggiorno Borsalino, Alessandria

Scopo. Il Soggiorno Borsalino è una residenza per anziani con diversi livelli di assistenza sanitaria (RA, RAF, RSA). Tra gli ospiti vi sono soggetti che accedono con diagnosi di demenza e soggetti con esordio di deficit cognitivi durante la permanenza in struttura.
L'esordio della demenza è associato a progressiva riduzione dell'autonomia nelle attività di base (ADL) e strumentali (IADL) della vita quotidiana con conseguente isolamento sociale. Una conseguenza di tale condizione è la progressiva riduzione nella stimolazione ad utilizzare il proprio potenziale cognitivo residuo.
Per contrastare questa problematica il Soggiorno Borsalino ha sviluppato un progetto volto a proteggere dal decadimento senile un gruppo di ospiti con abilità cognitive conservate o con minimo deficit cognitivo.
L'obiettivo del progetto è la prevenzione del declino cognitivo tramite stimolazione specifica con l'ausilio di un trattamento altamente strutturato ed intensivo.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 6 soggetti (2 uomini e 4 donne, età media 81,5, range: 68-95 anni; scolarità media 11 anni, range 5-17 anni) tra 60 ospiti (con MMSE > 24) residenti in 2 reparti ad alta intensità di assistenza dei 6 presenti. I soggetti selezionati sono stati sottoposti ad esame neuropsicologico ed è stato somministrato il MMSE (punteggio medio 26,55; range 25,7-27,4) (1).
Il trattamento consiste in esercizi volti a stimolare le seguenti aree cognitive: orientamento temporale, orientamento spaziale, attenzione selettiva, abilità visuo-costruttive, ragionamento astratto, memoria di eventi pubblici, memoria di volti noti e riconoscimento tattile.
Sono state effettuate 3 sedute settimanali per un periodo complessivo di 3 settimane. La durata media di ogni seduta era approssimativamente di 60 minuti.
Il trattamento consiste in esercizi carta-e-matita, uso di cartine geo-politiche e mute d'Italia e Piemonte e proiezione di immagini con l'ausilio di personal computer.
Durante il primo incontro l'operatore ha illustrato ai partecipanti il fine dell'intervento, evidenziandone durata e impegno richiesti, con l'intento di motivare gli ospiti e renderli consapevoli degli obiettivi finali.
Sono stati inoltre considerati gli aspetti sociali: il trattamento è stato svolto in un piccolo gruppo per stimolare la presa di coscienza delle proprie difficoltà ed il confronto con le difficoltà degli altri partecipanti.
Alla fine del trattamento i soggetti sono stati sottoposti ad una nuova valutazione tramite MMSE.
Risultati. La valutazione con MMSE dopo esercizi nei soggetti con cognitività maggiormente conservata evidenzia un miglioramento del punteggio. I soggetti con MMSE inferiore prima del trattamento presentano un modesto peggioramento. Come dato descrittivo si è osservata una maggior partecipazione nelle attività ricreative di tutti i soggetti trattati ed un incremento nel tono dell'umore.
Conclusione. La nostra esperienza conferma i riscontri in letteratura: la stimolazione cognitiva specifica in soggetti con capacità conservate o lievemente ridotte permette il mantenimento di tali capacita e consente di incrementare la partecipazione ad attività di relazione sociale creando un circolo virtuoso per il soggetto anziano residente in casa di riposo.

Bibliografia

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.

Fattori di rischio lipidici negli anziani con glicemia normale, con glicemia elevata o con diabete di tipo 2. Lo studio ILSA

M. Noale[1], S. Maggi[1], F. Limongi[1], G. Romanato[1], G. Crepaldi [1], per l'ILSA Working Group

[1] CNR-Istituto di Neuroscienze, Sezione di Padova, Invecchiamento

Scopo. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, facendo in parte propri i criteri proposti nel 1997 dall'American Diabetes Association (ADA) ha definito la differenziazione tra soggetti con diabete di tipo 2, soggetti con normale glicemia a digiuno (Normal Fasting Glucose, NFG), e soggetti con elevata glicemia a digiuno (Impaired Fasting Glucose, IFG).
I soggetti con diabete di tipo 2 sono generalmente caratterizzati da ipertrigliceridemia e bassi livelli di colesterolo HDL; meno concorde è la discussione sui livelli di colesterolo LDL, poiché alcuni studi hanno riportato valori normali, altri superiori, altri ancora inferiori nei soggetti diabetici rispetto ai controlli non diabetici. Inoltre, non è ancora completamente definito il quadro fisiopatologico, metabolico e lipidico specifico relativo alle classi IFG e NFG.
L'obiettivo di questo studio è dunque esplorare la relazione tra lipidi in un campione rappresentativo di anziani italiani stratificati in soggetti NFG, IFG o con diabete di tipo 2, e valutare la loro capacità predittiva di eventi fatali.
Materiali e metodi. Le analisi si basano su dati dello studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), che, tra il 1992 e il 2000 ha arruolato un campione di 5632 soggetti di età compresa tra i 65 e gli 84 anni, residenti in otto città del Nord, Centro e Sud Italia.
In particolare, nelle analisi qui presentate sono stati considerati 2422 soggetti. L'associazione tra gruppi di soggetti (IFG, NFG, diabete di tipo 2) e caratteristiche cliniche e demografiche è stata analizzata considerando il test per il trend Chi-quadrato di Mantel-Haenszel per variabili categoriche, e il test di Jonckheere-Terpstra per variabili continue. È stata quindi sviluppata un'analisi fattoriale, separatamente per maschi e femmine, utilizzando il metodo delle componenti principali. Le variabili incluse nell'analisi fattoriale sono trigliceridi, colesterolo totale, colesterolo HDL, APO A1, APO B, insulina, HOMA IR, glicemia a digiuno, Body Mass Index (BMI), circonferenza addominale. Per facilitare l'interpretazione dei fattori, sono state fatte delle rotazioni Varimax e nell'interpretazione di ciascun

fattore sono state considerate solo le variabili con peso fattoriale ≥ 0,45 (o ≤ -0,45).
Sono stati infine utilizzati i dati sulla mortalità raccolti tra il baseline ed il follow-up del 1996; i punteggi fattoriali calcolati al baseline per ciascun gruppo di soggetti sono stati utilizzati in modelli di Cox, al fine di determinare il rischio di morte attribuibile a ciascun fattore, e in particolare ai fattori riconducibili ai lipidi.
Risultati. Al baseline dello studio, il 12,5% degli uomini e delle donne presentava diabete di tipo 2, mentre il 31,3% degli uomini e il 26,7% delle donne era caratterizzato da IFG (p = 0.03). I trigliceridi, per entrambi i sessi, aumentavano in modo costante e significativo passando dagli anziani NFG, agli IFG, fino agli anziani con diabete di tipo 2, mentre colesterolo LDL e APO A1 decrescevano significativamente. Solo per gli uomini, colesterolo totale e APO B incrementavano significativamente passando da NFG, a IFG, a diabete di tipo 2, mentre il colesterolo HDL mostrava un trend decrescente.
L'analisi fattoriale ha evidenziato l'esistenza di quattro fattori per gli uomini ("glicemia", "obesità", "colesterolo totale", "colesterolo HDL") e quattro fattori anche per le donne ("glicemia", "colesterolo totale", "obesità", "colesterolo HDL").
Per gli uomini NFG e IFG, e per uomini e donne anziani con diabete di tipo 2, il fattore "colesterolo HDL" è risultato essere un significativo fattore protettivo dall'evento morte per qualsiasi causa.
Conclusione. La distribuzione delle variabili legate al profilo lipidico considerate in queste analisi (trigliceridi, colesterolo totale, colesterolo LDL, colesterolo HDL, APO A1, APO B) cambia in modo significativo nei gruppi di soggetti NFG, IFG e con diabete di tipo 2, con differenze tra maschi e femmine. Per entrambi i sessi, tuttavia, il fattore riconducibile al colesterolo HDL risulta chiaramente protettivo dagli eventi fatali per tutte le cause.

Accumulo intracellulare di esteri del colesterolo in pazienti affetti da degenerazione maculare senile

C. Norfo[1], C. Mulas[1], M. Putzolu[1], C. Abete[1], S. Dessì[1], M. Vinci[2], M. Fossarello[2], E. Peiretti[2].

[1]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, [2] Reparto di Clinica Oculistica, Università di Cagliari

Scopo. La degenerazione maculare senile (AMD o ARMD, Age-related Macular Degeneration) è un'alterazione progressiva della regione centrale del tessuto retinico, la macula, deputata alla visione centrale. Tale alterazione può provocare una drastica riduzione del campo visivo e rappresenta la prima causa di cecità legale nel mondo occidentale, interessando circa il 12% della popolazione al di sopra dei 60 anni. L'AMD è caratterizzata dall'accumulo nell'area centrale della retina di lesioni tipiche di colore giallo, denominate *drusen,* costituite da lipidi, proteine, glicolipidi, glicoproteine o proteoglicani, evidenziabili mediante l'esame fluoroangiografico. Alcuni studi hanno evidenziato dei tratti comuni tra la malattia di Alzheimer e l'AMD, suggerendo che la degenerazione neuronale che si verifica nei pazienti con malattia di Alzheimer e la maculopatia senile potrebbero avere una comune patogenesi. La proteina β-amiloide potrebbe, infatti, essere implicata oltre che nella malattia di Alzheimer, anche nelle risposte immuni ipotizzate nell'AMD. Queste reazioni immunitarie, nella malattia di Alzheimer provocherebbero la morte neuronale delle cellule cerebrali, mentre nell'AMD colpirebbero le cellule nervose retiniche dell'occhio. Nei malati di Alzheimer, inoltre, si osserva spesso anche una degenerazione retinica alla base del nervo ottico. Similmente, è stato dimostrato che i pazienti affetti da AMD hanno il doppio della probabilità di ammalarsi di Alzheimer. Nel nostro laboratorio abbiamo osservato la presenza di accumuli intracellulari di esteri del colesterolo in linfomonociti di pazienti con Alzheimer. Lo scopo del nostro lavoro è stato dunque quello di ricercare e valutare questo accumulo nei pazienti affetti da AMD. Inoltre, si è proceduto a verificare se tali accumuli fossero accompagnati da alterazioni nei valori plasmatici del colesterolo.
Materiali e metodi. Il campione oggetto del nostro studio è costituito da 29 pazienti (16 donne e 13 uomini) con un range di età tra 55-86 aa; età media ± ES = 75 ± 1,7 affetti da AMD, arruolati tra gennaio e giugno 07 presso la Clinica Oculistica dell'Università di Cagliari. 25 individui sani di età compresa tra 53-90 anni sono stati utilizzati come controlli. Sia i pazienti che i controlli sani sono stati sottoposti ad un prelievo di sangue periferico per lo studio dei linfomonociti e dei valori plasmatici del colesterolo totale (TC) e del colesterolo HDL (HDL-C). I campioni di sangue sono stati centrifugati a 200 x g per 20 minuti a 4 °C per separare il plasma. Successivamente, il plasma è stato ricentrifugato a 800 x g per 15 minuti per l'eliminazione delle piastrine e conservato in aliquote a -70 °C fino al momento del suo utilizzo. L'isolamento dei linfomonociti periferici dai campioni è stato effettuato in gradiente di densità con Ficoll-Hypaque secondo il protocollo standard. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e colesterolo HDL (HDL-C) sono stati determinati attraverso le procedure colorimetriche enzimatiche di routine. Per visualizzare il grado di accumulo dei lipidi neutri, i linfomonociti isolati dai campioni in oggetto, sono stati sottoposti a colorazione con la soluzione di oil red O (ORO), un colorante solubile nei lipidi in grado di evidenziare gli esteri del colesterolo legandosi ad essi, ma non al colesterolo libero. Successivamente si è proceduto all'esame dei campioni al microscopio ottico e all'acquisizione dell'immagine digitale di essi. Per valutare la quantità degli accumuli in lipidi neutri intracellulari colorati con l'ORO, sono stati utilizzati 5 gradi di intensità di colore: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++), 4 (++++), a seconda dell'intensità osservata. I dati riportati si riferiscono ai valori della media ± Errore Standard (ES). L'analisi statistica è stata effettuata mediante il software Origin 7.0 (Microcal, Inc, Northampton, MA, USA). Sono stati considerati statisticamente significativi i valori di P < 0,05.
Risultati. I risultati ottenuti mostrano che non vi sono differenze significative tra il contenuto plasmatico di colesterolo totale nei pazienti rispetto a quello dei controlli (161.34 ± 8.4 *vs.* 152 ± 9.6).
In modo simile anche i livelli di HDL-C non mostrano differenze significative, nonostante valori lievemente più bassi nei pazienti con AMD rispetto ai controlli (53.5 ± 2,4 *vs.* 59.5 ± 2,1).
Per quanto riguarda l'accumulo di lipidi neutri intracellulari determinato mediante la colorazione ORO, le differenze sono invece significative (2.2 ± 0.2 nei pazienti *vs.* 0.94 ± 0.14 nei controlli).
Conclusioni. I risultati di questo studio anche se preliminari, evidenziano nei linfomonociti di pazienti con AMD

accumuli di lipidi neutri simili a quelli da noi riscontrati in pazienti con malattia di Alzheimer supportando l'ipotesi che AMD e AD condividano lo stesso meccanismo patogenetico. Il nostro proposito è ora quello di ampliare il campione oggetto del nostro studio e di somministrare ad essi il MMSE (Mini-Mental State Examination) per verificare se i pazienti con AMD presentino un declino cognitivo più o meno grave. Si procederà inoltre ad eseguire l'esame fluoroangiografico su pazienti AD per evidenziare in che percentuale tali pazienti sono affetti da AMD.

Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Dolore e demenza in RSA: un progetto di formazione-ricerca

G. Noro[1], F.L. Giraudo[2], S. Franzoni[3], M. Trabucchi[4]

[1] Direttore U.O. Geriatria, Ospedale S. Chiara, Trento; [2] Gruppo SPES, Trento; [3] Fondazione Richiedei, Gussago - Palazzolo s/O (BS); [4] Direttore G.R.G. Brescia

Scopo. Sensibilizzare e istruire le diverse figure professionali all'interno dell**e** RSA del Gruppo SPES (Trento) ad un metodo condiviso e strutturato di osservazione, rilevazione e trattamento del dolore negli ospiti con diagnosi di demenza, attraverso la definizione di una procedura operativa applicabile per la cura del dolore nei pazienti con demenza in RSA.

Materiali e metodi. Il progetto è stato articolato in cinque fasi:

1) Pianificazione. Sono stati stabiliti i criteri di inclusione ed esclusione dei soggetti con diagnosi di demenza (gruppo oggetto di osservazione e di trattamento), individuati gli strumenti per l'osservazione e la rilevazione del dolore (*NOPPAIN – Non-comunicative Patient's Pain Assessment Instrument*, *NPI – Neuropsychiatric Inventory*), stilati i percorsi formativi e definiti i tempi e le modalità di raccolta dei dati.
2) Formazione. Il percorso formativo è stato rivolto alle seguenti figure professionali coinvolte nel progetto: responsabili tecnico-assistenziali (RTA), medici, infermieri professionali (IP) e operatori dell'assistenza (OSA e OSS) con l'intento di garantire il massimo coinvolgimento nel progetto e la condivisione degli intenti progettuali, dei presupposti teorici e delle modalità operative legate alle schede di rilevazione. Sono stati previsti due distinti momenti formativi (uno per medici, IP e RTA e uno per gli operatori dell'assistenza) sui seguenti argomenti: presentazione del progetto, cenni di neurofisiologia del dolore, dolore e demenza, valutazione del dolore, scale di valutazione (attività pratica di somministrazione e compilazione). Prima dell'inizio della fase sperimentale sono state fatte delle riunioni informative/formative all'interno di ciascuna struttura coinvolta nel progetto in modo per condividere obiettivi e metodo.
3) Sperimentazione. La fase sperimentale (della durata di quattro settimane per ciascuna struttura, a partenza scaglionata) si è svolta nel periodo maggio-luglio 2006: le schede sono state compilate giornalmente dagli operatori di ciascun turno (tre rilevazioni giornaliere) per tutti gli ospiti inseriti nel gruppo di osservazione.
4) Follow-up. Mediante una rilevazione puntiforme (una sola giornata a circa 100 giorni di distanza dal termine della fase di sperimentazione) durante la quale sono state compilate le schede di valutazione del dolore dei pazienti arruolati per lo studio, secondo la modalità già impiegata durante la fase sperimentale, con l'obiettivo di verificare il mantenimento del metodo di osservazione/rilevazione del dolore nei pazienti affetti da demenza da parte degli operatori, definire l'entità della presenza di dolore nel campione a distanza di circa tre mesi dal termine della sperimentazione e stabilire quanti ospiti assumevano antidolorifici.
5) Analisi dei dati. I dati relativi sia alla fase sperimentale sia al follow-up sono stati sottoposti ad analisi statistica.

Risultati. Nei 102 soggetti inseriti nel gruppo di osservazione, alla fine del mese di studio il riscontro di dolore era diminuito del 20%. Se all'inizio gli operatori avevano riscontrato una minore prevalenza di dolore nei soggetti con maggior compromissione cognitiva, dopo la sperimentazione rilevavano allo stesso modo il dolore nei pazienti con differenti gradi di demenza. Il successo della cura sembra non dipendere tanto dall'entità delle modifiche della terapia antalgica quanto piuttosto dal ricorso ai farmaci oppioidi. L'intensivo adattamento della terapia antalgica è verosimilmente espressione dell'attenzione dei medici che hanno fatto proprie le informazioni raccolte dagli operatori. L'appropriatezza degli interventi è sostenuta dal fatto che il maggior numero di interventi farmacologici riguarda i pazienti con dolore rispetto ai soggetti senza dolore e in particolare i soggetti con dolore frequente e intenso. Al follow-up, la prevalenza di dolore nei pazienti con maggior deterioramento cognitivo era simile a quella riscontrata nei soggetti meno compromessi.

Conclusione. Lo sviluppo di competenze specifiche di osservazione e registrazione del dolore, attraverso un percorso di formazione-ricerca che coinvolga tutte le figure professionali della RSA sembra migliorare significativamente la capacità di riconoscere segni indicativi di sofferenza in pazienti con demenza, quale presupposto per un trattamento più efficace.

Bibliografia

Cummings LJ, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994;44:2308-14.

Lynn Snow et al. NOPPAIN: A nursing assistant-administred pain assessment instrument for use in dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;17:240-6.

Introito di nutrienti ed assetto citochinico nei pazienti anziani affetti da scompenso cardiaco

E. Nunziata[2], A. Zizzo[1], F. Rossi[2], A. Passantino[3], C. Pedone, R. Antonelli Incalzi [1 2]

[1]Fondazione San Raffaele – Cittadella della Carità, Taranto; [2]Area di Geriatria, Università Campus Biomedico, Roma; [3]Divisione di Cardiologia e Riabilitazione Cardiaca, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Fondazione Salvatore Maugeri", Cassano Murge (BA)

Razionale. La malnutrizione si riscontra frequentemente nello scompenso cardiaco (HF) (1-2). Abbiamo stimato

l'introito di nutrienti nei pazienti affetti da HF e valutato la correlazione tra le citochine sieriche ed il pattern nutrizionale.
Metodi. Sono stati studiati 231 pazienti anziani (≥ 60 anni) affetti da HF di severa entità (N = 62) e non affetti da HF (N = 169). I dati nutrizionali sono stati ottenuti dalla compilazione del questionario EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition). È stato confrontato l'apporto nutrizionale di macro e micronutrienti nei due gruppi; nel gruppo di pazienti affetti da HF è stato correlato l'introito di nutrienti alle citochine sieriche.
Risultati. I pazienti affetti da HF presentano un introito calorico più basso (26.8 Kcal/Kg *vs.* 36.6 Kcal /Kg nei controlli, $p < 0.001$) dovuto ad un inferiore apporto di tutti i nutrienti. L'apporto energetico è più basso di quello raccomandato (30 Kcal/Kg) nel 70% dei pazienti affetti da HF e nel 30% di quelli non affetti da HF. L'introito di diversi minerali e vitamine è inferiore a quello raccomandato (RDA) in molti soggetti. I livelli plasmatici di IL2 sono correlati positivamente all'introito calorico globale (r: 0.432; $P < .001$), mentre è stata riscontrata una correlazione inversa per IL-4 (r: -0.322) e IL10 (r: -0.336) ($P = .01$).
Conclusioni. L'apporto nutrizionale è spesso inadeguato nei pazienti affetti da HF di severa entità. I nostri risultati suggeriscono che diverse interleuchine possono influenzare l'appetito in questi pazienti._

Bibliografia

1. Azhar G, Wei JY. Nutrition and cardiac cachexia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2006;9:18-23.
2. Filippatos GS, Anker SD, Kremastinos DT. Pathophysiology of peripheral muscle wasting in cardiac cachexia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2005;8:249-54.

Rimodellamento dei parametri biochimico-clinici durante l'invecchiamento: applicazione di un'analisi fattoriale in un ampia casistica di soggetti italiani

F. Olivieri[1], L. Spazzafumo[2], M. Cardelli[1], F. Marchegiani[1], R. Lisa[1], M.P. Panourgia[3], R. Galeazzi[1], R. Testa[4], E. Mocchegiani[5], C. Franceschi[1 3]

[1]Centro di Biologia Molecolare, I.N.R.C.A., Ancona; [2]Centro di Statistica, I.N.R.C.A., Ancona; [3]Dipartimento di Patologia Sperimentale, Università di Bologna, Bologna; Centro Interdipartimentale Galvani "CIG", Bologna; [4]Centro di Diabetologia, I.N.R.C.A., Ancona [5]Centro di Nutrigenomica ed Immunologia, I.N.R.C.A., Ancona

Scopo. L'invecchiamento umano è caratterizzato dal complesso rimodellamento di centinaia di variabili biologiche determinato da una complessa interazione fra fattori genetici, ambientali e stocastici (1, 2). Un particolare tipo di analisi statistica, l'analisi fattoriale, una tecnica che consente di rilevare relazioni fra variabili correlate identificando fattori che riassumono tali variabili, è stata di recente applicata allo studio dei fattori correlati all'invecchiamento ed alle principali patologie età-correlate (3, 4). Il nostro studio prevede l'applicazione dell'analisi fattoriale per indagare come alcune variabili biochimico-cliniche clusterizzano durante l'invecchiamento, analizzando un campione di 1377 soggetti sani reclutati nel centro-nord Italia.
Materiali e metodi. Nell'analisi fattoriale sono stati inclusi i seguenti parametri: colesterolo totale (TC), trigliceridi (TG), glucosio plasmatici (GLU), proteina C reattiva (CRP), fibrinogeno (FIBR), numero di cellule bianche (WBCC) ed emoglobina (Hb). Per indagare i cambiamenti età-correlati della clusterizzazione delle suddette variabili, l'intera casistica arruolata è stata suddivisa in tre gruppi: gruppo dei giovani, n 334 (18-60 anni), gruppo dei soggetti anziani, n 719 (61-85 anni) e gruppo dei soggetti molto vecchi, n 324 (86-104), inclusi 130 centenari.
Risultati. L'applicazione dell'analisi fattoriale ha consentito di riassumere le 7 variabili analizzate in tre fattori nei gruppi dei giovani e degli anziani, e in due soli fattori nel gruppo dei soggetti molto vecchi. Definendo il fattore contenente il glucosio come "fattore glucidico", il fattore contenente il colesterolo totale come "fattore lipidico", ed il fattore contenete la CRP come "fattore infiammatorio", si è osservata la presenza dei fattori glucidico, lipidico e infiammatorio nei soggetti giovani ed anziani. Nel gruppo dei soggetti molto vecchi si sono osservati solo due fattori: un fattore lidico-glucidico ed uno infiammatorio. Inoltre, i fattori risultanti dall'analisi fattoriale spiegano il 58% della variabilità totale nei giovani e negli anziani e solamente il 48% della variabilità totale nei soggetti molto vecchi.
Conclusioni. L'analisi fattoriale applicata ai nostri dati ha rivelato che le variabili biochimico-cliniche analizzate clusterizzano in maniera differente nei vari gruppi di età. Più in generale si è osservata una riduzione della complessità del sistema durante l'invecchiamento ed un concomitante aumento di variabilità. Inoltre, il fattore infiammatorio aumenta come% di variabilità spiegata rispetto alla variabilità totale nel gruppo dei soggetti molto vecchi.
Questi dati possono essere considerati come il risultato finale della stretta interazione fra forze selettive e forze che guidano il rimodellamento: l'interazione fra queste forze contribuisce probabilmente in maniera determinante al raggiungimento delle età più avanzate della vita umana.

Bibliografia

1. Mackinnon A, Christensen H, Jorm AF. Search for a common cause factor amongst cognitive, speed and biological variables using narrow age cohorts. Gerontology 2006;52:243-57.
2. Franceschi C, Valensin S, Bonafe M, et al. The network and the remodeling theories of aging: historical background and new perspectives. Exp Gerontol 2000;35:879-96.
3. Passarino G, Montesanto A, De Rango F, et al. A cluster analysis to define human aging phenotypes. Biogerontology 2007;8:283-90.
4. Wang JJ, Qiao Q, Miettinen ME, et al. The metabolic syndrome defined by factor analysis and incident type 2 diabetes in a chinese population with high postprandial glucose. Diabetes Care 2004;27:2429-37.

Efficacia e tollerabilità della terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) negli over 60: descrizione di 3 casi clinici

C. Olla, N. Maccedda, F. Zucca, M.G. Congiu, S. Cadeddu, M. Cocco, N.M.C. Curreli, D. Ibba, A. La Sala, M.E. Pais, M. Pintus, A. Balestrieri, A. Mandas

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche, Università degli studi di Cagliari

Scopo dello studio. Valutare l'efficacia e la tollerabilità della terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART), in 3 soggetti over 60 con infezione cronica da HIV.
Materiali e metodi. Nel centro SIDA del nostro Dipartimento sono seguiti, con regolarità, tre soggetti di età superiore a 60 anni, portatori di infezione da HIV. Questi soggetti, in trattamento HAART, vengono sottoposti trimestralmente a controlli clinici e di laboratorio. Dei tre soggetti studiati due sono maschi e una è femmina; i maschi hanno rispettivamente 64 e 69 anni di età, la femmina ha 65 anni. Il primo caso (M, 64 anni), ha contratto l'infezione attraverso rapporti omosessuali (detta infezione è stata documentata 17 anni orsono); in trattamento HAART da 8 anni, all'inizio della terapia l'infezione era stadiabile in classe C2 (secondo la classificazione CDC di Atlanta del '93). L'attuale schema terapeutico comprende un inibitore delle proteasi (PI) (atazanavir busterizzato con ritonavir) e due analoghi nucleosidi inibitori della trascrittasi inversa (NRTI) (tenofovir e zidovudina); presenta comorbilità (cardiopatia ischemica, ridotta tolleranza glucidica, dislipidemia mista, ipertrofia prostatica) per la quale pratica terapia. Il secondo caso (M, 69 anni), ha contratto l'infezione attraverso rapporti eterosessuali (infezione documentata 15 anni orsono); in trattamento HAART da 10 anni, all'inizio della terapia era in classe C3. L'attuale schema terapeutico contiene un non analogo nucleosidico inibitore della trascrittasi inversa (NNRTI) (nevirapina) e due NRTI (lamivudina e stavudina), presenta comorbilità (T2DM, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, disturbo d'ansia NAS) per la quale pratica terapia. Il terzo caso (F, 65 anni), ha contratto l'infezione 12 anni orsono per trasmissione parenterale occupazionale; è in trattamento HAART da 10 anni e all'inizio della terapia era in classe A2. L'attuale schema terapeutico contiene un PI (lopinavir busterizzato con ritonavir) e 2 NRTI (emtricitabina e tenofovir), presenta comorbilità (ipertensione arteriosa, ipertrigliceridemia) per la quale pratica terapia. Nessuno dei 3 soggetti presenta coinfezione con virus epatitici.
Risultati. I risultati ottenuti sono illustrati nella Tabella I.
Conclusioni. Nell'era pre-HAART l'infezione da HIV progrediva più rapidamente verso l'AIDS nei soggetti anziani rispetto a quelli più giovani; con l'avvento dell'HAART, invece, è stato documentato che l'età non correla con l'efficacia virologica del trattamento, mentre la risposta immunologica sembra essere meno favorevole nei soggetti over 50. Nei nostri casi clinici si osserva una buona risposta all'HAART, sia virologica che immunologica: tutti e 3 i casi hanno, attualmente, viremia indosabile (< 50 cp/ml) e linfociti CD4 nella norma. La soppressione virale e la ricostituzione immunitaria si mantiene nel tempo, nonostante i due maschi, all'inizio dell'HAART, fossero nella fase clinica di AIDS (C3 e C2). Tale risultato è fortemente influenzato dalla regolare aderenza all'HAART, mantenuta nel tempo da tutti e tre i soggetti. Come è noto, infatti, la non ottimale aderenza alla terapia antiretrovirale è uno dei principali fattori implicati nel fallimento terapeutico. Negli over 60 si ha la comparsa degli effetti collaterali tipici dell'HAART (alterazioni metaboliche, ecc), analogamente a quanto avviene nei soggetti più giovani. Infine, nei nostri casi, la presenza di comorbilità non sembra influenzare la risposta alla terapia antiretrovirale.

Tab. I.

Parametri di Laboratorio	Caso Clinico 1 M 64 anni		Caso Clinico 2 M 69 anni		Caso Clinico 3 F 65 anni	
	media ± DS	valori attuali	media ± DS	valori attuali	media ± DS	valori attuali
Leucociti/mm^3	4400 ± 600	4800	7600 ± 2600	7200	5500 ± 700	6100
Linfociti/mm^3	2043 ± 345	1759	1849 ± 336	2050	2383 ± 389	2940
Linfociti CD4/mm^3	467 ± 51	523	348 ± 139	603	993 ± 243	1109
Linfociti CD8/mm^3	1012 ± 243	885	703 ± 318	535	588 ± 333	1155
HIV-RNA n.copie/ml	332 ± 212	< 50	352.9 ± 442	< 50	299.6 ± 142	< 50
Proteine totali g/dl	7.5 ± 0.5	6.9	8.0 ± 0.7	7.5	6.7 ± 0.5	7.1
Albumina g/dl	3.9 ± 0.4	3.8	4.1 ± 1.7	4.3	3.7 ± 1.3	3.5
Creatinina mg/dl	0.8 ± 0.1	0.9	1.1 ± 0.1	1.2	0.6 ± 0.1	0.6
Bilirubina totale U/l	0.4 ± 0.2	0.27	0.8 ± 0.4	0.8	0.5 ± 0.2	0.4
ALT U/l	29.7 ± 16.3	30	47.0 ± 27.2	33	31.5 ± 30.4	14
AST U/l	26.7 ± 10.1	29	28.5 ± 9.1	27	28.6 ± 17.7	19
?-GT U/l	24.4 ± 9.2	29	37.6 ± 18.6	50	20.5 ± 13.8	14
ALP U/l	120 ± 39	172	191 ± 130	389	216 ± 97	242
Glucosio mg/dl	103 ± 13.1	117	102.9 ± 27.9	104	93.5 ± 7.4	82
Colesterolo totale mg/dl	204 ± 39	262	206 ± 34	271	194 ± 20	195
Trigliceridi mg/dl	336 ± 205	723	137 ± 59	72	136 ± 78	336

Disturbi comportamentali in pazienti anziani ospedalizzati affetti da Mild Cognitive Impairment

G. Orsitto, F. Fulvio, D. Tria, V. Turi, A. Venezia, C. Manca
S.C. di Geriatria, P.O. "Paradiso", Gioia del Colle, ASL Bari

Introduzione. È noto che i disturbi comportamentali siano prevalenti nei pazienti anziani ospedalizzati, soprattutto in quelli affetti da demenza (D), in cui aumentano sia il rischio di sviluppare complicanze durante l'ospedalizzazione che la morbilità. Non è ancora tuttavia ben chiara la prevalenza dei disturbi comportamentali in rapporto a differenti gradi di deficit cognitivo, in particolare al Mild Cognitive Impairment (MCI), una eterogenea sindrome clinica posta tra normale invecchiamento e demenza precoce, che si riferisce a pazienti non dementi, con lieve deficit di memoria e/o cognitivo e senza disabilità significativa, ma con una percentuale di conversione verso la demenza maggiore rispetto alla popolazione generale.
Scopo. Valutare la prevalenza dei disturbi del comportamento in pazienti anziani ospedalizzati affetti da demenza ed MCI, rispetto a quella di soggetti senza deficit cognitivo (C).
Materiali e metodi. Nel presente studio sono stati arruolati 362 pazienti di età ≥ 65 anni, consecutivamente ricoverati presso la S.C. di Geriatria dell'Ospedale "Paradiso" di Gioia del Colle, ASL Bari, da novembre 2006 a maggio 2007. All'ingresso in reparto tutti i pazienti sono stati sottoposti alla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG). La disabilità è stata valutata mediante le scale delle Activity Daily Living (ADL) e delle Instrumental Activity Daily Living (IADL), la comorbilità mediante gli indici della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), lo stato cognitivo mediante i punteggi del Mini Mental State Examination (MMSE) e della Clinical Dementia Rating Scale (CDR), il tono dell'umore mediante la Geriatric Depression Scale - 15 item (GDS-15). I disturbi comportamentali sono stati infine valutati mediante la Neuropsychatric Inventory (NPI), una scala di rapida esecuzione che ha permesso di esaminare le seguenti dodici sindromi comportamentali: deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità, attività motoria aberrante, disturbi del comportamento notturno e disturbi del comportamento alimentare. Le diagnosi di Malattia di Alzheimer (AD), Demenza Vascolare (VD) e Demenza Mista (MD) sono state poste in accordo ai criteri NINCDS-ADRDA, NINDS-AIREN Work Group ed a quelli del DSM – IV. La diagnosi di MCI è stata fatta in accordo ai criteri di Petersen. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando i test del Chi-quadro di Pearson, di Kruskal-Wallis e l'ANOVA post-hoc per comparazioni multiple.
Risultati. Dei 362 pazienti arruolati (M = 156, F = 206; età media = 77.5 ± 7.0 anni, range = 65-100 anni) 48 sono risultati essere D (AD = 11, VD = 27, MD = 10), 21 MCI e 293 C. Nel 92% dei pazienti con demenza (n = 44), nel 69% degli MCI (n = 15) e nel 43% dei C (n = 126) ($p < 0.05$) si è osservato almeno un sintomo comportamentale (NPI+). Tra questi, gli MCI hanno presentato punteggi medi dell'NPI significativamente inferiori rispetto ai dementi (D = 59.48 ± 21.78; MCI = 40.47 ± 20.65; $p = 0.005$), ma superiori rispetto ai pazienti senza deficit cognitivo (MCI = 40.47 ± 20.65; C = 19.39 ± 7.43; $p = 0.0001$). In particolare, nei pazienti con MCI il disturbo più comune è stato la depressione (46.6%), seguito dall'irritabilità (40%), dall'ansia e dai disturbi del sonno (33%) e dall'apatia (26.6%); in due casi sono stati riscontrati agitazione e disturbi alimentari, in un caso comportamenti motori aberranti ed euforia. Non sono stati riscontrati infine deliri, allucinazioni e disinibizione. Dividendo inoltre i pazienti con MCI in base alla presenza dei disturbi comportamentali in NPI+ (n = 15) ed NPI- (n = 6), si sono osservati valori medi di MMSE significativamente inferiori negli NPI+ (24.1 ± 0.5 *vs.* 24.8 ± 0.6; $p = 0.02$).
Conclusioni. In questa popolazione è stata riscontrata una prevalenza di disturbi comportamentali nei pazienti con MCI e con demenza rispetto a quelli senza deficit cognitivi. La presenza di disturbi comportamentali nei pazienti con MCI potrebbe rappresentare un marker di futuro sviluppo di demenza se l'evidenza di ridotte performance cognitive in pazienti MCI/NPI+ sarà confermata da ulteriori studi.

Il coinvolgimento dei familiari in un reparto di geriatria: percezioni e aspettative del percorso di cura

A. Orso[1], D. Alfieri[1], F. Arnone[1], M. Bregnocchi[1], R. Campigli[1], M. Della Bona[1], C. Montefiori[1], V. Castellini[2]
U.O. Geriatria per acuti[1]; U.O. Anziani[2]

Scopo. L'idea di coinvolgere i familiari dei pazienti ricoverati nel Reparto di Geriatria dell'Ospedale Felettino della Spezia, tramite la consegna di un questionario d'indagine, è nata dall'esigenza basilare di valorizzarli, di conoscere le loro visioni, percezioni e aspettative al fine di migliorare in generale la qualità del processo di cura e, nello specifico, di assicurare una condivisione generale degli obiettivi medico assistenziali perseguibili con i loro congiunti.
A questo proposito si è scelto di strutturare un semplice questionario che indagasse il vissuto che accompagna i familiari dei pazienti al momento del ricovero, la loro percezione dello stato di malattia dei congiunti, le aspettative di cura e la loro percezione delle condizioni del paziente al momento delle dimissioni.
Materiali e metodi. La consegna del questionario è avvenuta al momento dell'ingresso del paziente in Reparto ed è stata effettuata dal medico che raccoglie l'anamnesi clinica dal familiare presente.
I dati che qui vengono considerati riguardano un numero totale di 100 questionari distribuiti nell'arco temporale di cinque mesi, dal 15 novembre 2006 al 15 aprile 2007. In questo primo periodo considerato i pazienti ricoverati in reparto sono stati 404 e purtroppo non ci sono dati precisi sulla dispersione dei restanti 304 questionari, ovvero sulla puntuale distribuzione a tutti i parenti presentatisi al momento del ricovero, sull'eventuale smarrimento o sulla mancata riconsegna del questionario da parte dell'interessato. Inoltre è da sottolineare che ci sono pazienti che non hanno nessun familiare di riferimento. Ovviamente nelle distribuzioni successive del questionario, si terrà conto degli aspetti sopra esposti per evitare ulteriori dispersioni e/o poterne analizzare eventualmente motivi e significato.
Il questionario, costituito da 4 pagine, si rivolge, nel frontespizio, direttamente al familiare esortandolo alla collaborazione per migliorare la cura del paziente; fornisce inoltre le indicazioni per la compilazione e restituzione

dello stampato e rassicura infine il familiare sull'anonimato delle sue risposte.
Lo strumento contiene otto dimensioni d'indagine tradotte in otto domande a scelta multipla. Nello specifico, le prime quattro dimensioni indagate riguardano: le modalità in cui è avvenuto il ricovero, il gradimento del familiare circa la destinazione del proprio congiunto nel reparto di Geriatria assegnato dal Pronto Soccorso e lo stato d'animo del familiare e quello del loro congiunto al momento del ricovero. Seguono poi le altre quattro e ultime dimensioni d'indagine: valutazione del paziente prima del ricovero, sia dal punto di vista fisico che mentale, percezione della malattia attuale e le aspettative rispetto al momento delle dimissioni.
Risultati. Addentrandoci nel significato dei nostri risultati, ci appare fondamentale commentare la buona predisposizione del familiare alla comunicazione del ricovero in geriatria sottolineando che l'alto indice di gradimento rispetto alla decisione del pronto soccorso è già un iniziale atto di fiducia verso la struttura sanitaria. Se si considera che il ricovero avviene in circostanze spesso d'urgenza a cui si aggiunge, non di rado, un impatto con il ps carico d'incognite: lunghe attese, comunicazione carente da parte del personale, incertezza dela diagnosi, tutte condizioni che sono fonte di stress per le persone coinvolte.
Analizzando le emozioni legate al ricovero e quindi riflettendo sui risultati delle domande 3 e 4, possiamo con più sicurezza affermare che la predisposizione fiduciosa iniziale del familiare verso il ricovero è confermata e qualitativamente alta. Questo dato ci fa riflettere sull'estrema responsabilità cui lo staff di cura è tenuto a rispondere, al di là dell'intervento strettamente clinico di responsabilità medica. Con questo vogliamo sottolineare che essendo la fiducia espressa in fase iniziale e presumibilmente senza ancoraggio al concreto, ovvero di certezza della prognosi, investe massivamente tutto il reparto come delega omnicomprensiva di presa in carico. Si deve dedurre da ciò, che il familiare metta in atto una sorta di consegna, di affidamento totale del proprio congiunto con l'attesa che la presa in carico corrisponda alla propria, e magari, vista la condizione di difficoltà, la superi sfalsandone i significati reali. Se da un lato comunque questa fiducia connessa alla delega fornisce gratificazione al corpo curante, ne rafforza il ruolo e la competenza professionale, dall'altro lo grava di aspettative che potrebbero trascendere dall'effettiva competenza professionale specifica.
Conclusione. Dai dati raccolti, sembra che la fiducia attribuita al corpo curante sia l'aspetto emergente maggiormente degno di ipotesi interpretative. Se da un lato dobbiamo considerarne il valore ineguagliabile, come del resto dovrebbe accadere in qualsiasi contesto relazionale, dall'altro non ci si può esimere da considerazioni specifiche che emergono dal preciso contesto, clinico-ospedaliero a cui appartiene l'indagine.
Appare di indubbia rilevanza,infatti, il poter contare su un'entourage familiare la cui predisposiione iniziale è principalmente aperta, ottimistica e collaborativa e che quindi, conseguentemente ci informa che lo spazio è aperto alla piena espressione della nostra professionalità: Tutto ciò però ci richiama alla necessità di attivare una serie di movimenti relazionali continuativi e accorgimenti comunicativi costanti che esulano dal mero esercizio delle capacità medico-cliniche. Infatti è proprio la crescente fiducia del familiare verso l'esito della dimissione, talvolta lontano e non prevedibile, che ci fa capire quanto la buona predisposizione iniziale possa perdere il suo valore costruttivo e trasformarsi in delega totalizzante con scarso ancoraggio al concreto.

Lesioni da decubito ed indicatori di qualità nel sistema di management vulnologico geriatrico in RSA. Dati su una popolazione anziana ricoverata presso RSA Residence Futura- Viagrande (Catania) nel I quadrimestre 2007

M.C. Ossino[2], A. Santangelo[1 2], P. Barbagallo[2], C. Crisafulli[2], G. Muscarà[2], D. Grigore, M. Marinecu, G. Oanea, Manuela Testai'[1 2], Domenico Maugeri[1]

[1]Università di Catania – Scuola di Specializzazione in Geriatria; [2]RSA Residence Futura -Viagrande (Catania)

Scopo. La valutazione dell'andamento delle lesioni da Decubito all'interno delle Residenze Sanitarie Assistite ha una importanza basilare per evidenziare i livelli di qualità raggiunti nella prevenzione e nella guarigione delle lesioni da decubito. Scopo dello studio è stato quello di valutare meglio il trend vulnologico della RSA Futura, individuando punti di forza e debolezza del Sistema Nursing e valutare Indicatori di Qualità nel management delle piaghe da decubito
Materiali e metodi. Per valutare questo abbiamo studiato un campione di 41 pazienti ricoverati presso la RSA Residence Futura dal 1/1/2007 al 30/4/2007, tutti affetti da lesioni da decubito, valutandone il grading iniziale, l'evluzione, la guarigione e l'esito del ricovero
Risultati. L'analisi dei dati nel quadrimestre valutato ha riportato un'elevata presenza di piaghe da decubito, soprattutto prevalenti e provenienti dal luogo di dimissione ospedaliera o domiciliare. Numerose sono però – purtroppo – le lesioni da decubito incidenti in RSA nel periodo osservato. Infatti per il periodo osservato si è presentata una percentuale di lesioni incidenti del 8% del totale delle lesioni, con una frequenza quasi raddoppiata rispetto al dato 2006.
Questo dato è da considerarsi un "Evento-sentinella" e – individuate le cause – ha in seguito permesso alla Direzione Sanitaria di correggere il trend in atto.
La maggior parte delle lesioni da decubito sono di grado basso (I-II grado ; 80%) ed ottengono una guarigione stabile e precoce. Le lesioni più gravi (III-IV grado 20%) hanno una storia naturale più complicata ed ottengono invece una guarigione più difficilmente. Nella popolazione globale la percentuali di lesioni da decubito guarite totalmente sono il 56%, quasi tutti in livello di stadiazione inferiore. Una percentuale della popolazione presa in esame pari al 22% invece mantiene condizioni della lesione stabili o migliorate – senza tuttavia ottenere la guarigione completa. Deve essere segnalato invece anche un peggioramento (2%) peraltro in una piaga incidente.
Tra la popolazione colpita da piaghe da decubito vi è stata una percentuale del 20% di decessi, di cui uno su quattro causato dalle conseguenze dirette delle lesioni da decubito.
Conclusione. Questi dati – statisticamente significativi – evidenziano l'importanza della Prevenzione delle lesioni

da decubito e – soprattutto – la considerazione che la lesione da decubito è frequentemente solo l'espressione cutanea di un disastro metabolico insorgendo su organismi di malati molto gravi, già denutriti e con ridottissime riserve funzionali vitali.

Bibliografia

Pasqualini R, Mussi C, Salvioli G. Pressure ulcers: guidelines for their prevention and management in vulnerable elders. Giorn Geront 2001;49:871-7.

Betes J, Barbara M. Quality indicators for prevention and management of pressure ulcers in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001;135:744-51.

Panel for the prediction and pressure ulcers in adults. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Clinical Practice. Guideline No. 3. AHCPR Pub. No. 92-0047. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research May 1992.

Disturbi del comportamento in soggetti anziani dementi ambulatoriali: risultati preliminari longitudinali del progetto ReGAl

M. Pace[1], S. Ercolani[1], E. Mariani[1], I. Montecucco[1], F. Mangialasche[1], V. Cornacchiola[1], F.T. Feliziani[1], S. Leonardi[1], T. Raichi[1], M. Caputo[2], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [2] Assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili ASL 2 Torino

Scopo. I disturbi del comportamento sono molto diffusi tra i soggetti anziani dementi ed hanno un notevole impatto sulla qualità di vita del paziente e del caregiver (1), si associano a stress del caregiver (2) ed aumento dell'istituzionalizzazione (3). Tuttavia esistono pochi studi longitudinali in letteratura sui disturbi del comportamento nei soggetti dementi (4-7). Scopo di questo studio è quello di individuare eventuali fattori associati al peggioramento dei disturbi del comportamento.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 789 soggetti, valutati in 20 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra il luglio 2001 e il luglio 2006 e rivalutati una seconda volta in follow up entro 12 mesi dalla prima valutazione. Ciascun paziente è stato valutato accuratamente, sia in basale sia nel follow up, secondo un protocollo standardizzato. I disturbi del comportamento sono stati indagati mediante la Neuropsychiatric Inventory (NPI) a 12 item. Una variazione di + 4 punti nel punteggio totale della frequenza e gravità del NPI è stato considerato come peggioramento dei disturbi del comportamento. Per quantificare la comorbilità è stata usata la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e il numero complessivo delle patologie riportate in anamnesi (esclusa la demenza). La gravità della demenza è stata quantificata secondo la Clinical Dementia Rating (CDR) da 0.5 (demenza iniziale) a 5 (demenza terminale).
Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 559 femmine (età media 78.4 ± 6.3 anni, scolarità 4.9 ± 3.1 anni, punteggio medio basale al MMSE 17.4 ± 5.1, punteggio medio basale al NPI 21.6 ± 15.9, CDR media basale 1.7 ± 0.8) e 230 maschi (età media 76.5 ± 6.2 anni, scolarità 6.6 ± 4.3 anni, punteggio medio basale al MMSE 18.8 ± 5.6, punteggio medio basale al NPI 19.1 ± 15.7, CDR media basale 1.7 ± 1). Entro 12 mesi dal baseline la differenza media del punteggio al NPI è stata di -1.4 ± 12.4 (F -2.1 ± 13.1, M +0.5 ± 10.1, p = 0.007). La gravità della demenza e la comorbilità si associano al rischio di un peggioramento significativo entro 12 mesi nella frequenza e/o gravità dei disturbi del comportamento dopo correzione per età, sesso, scolarità, punteggio di NPI in basale e numero di farmaci.
Conclusioni. Nella nostra popolazione i disturbi del comportamento, valutati mediante NPI, non subiscono eccessive variazioni entro dodici mesi; tuttavia è possibile individuare nei soggetti con maggior comorbilità e con una demenza più severa un rischio maggiore di andare incontro entro un anno ad un peggioramento significativo di tali disturbi. L'individuazione di questi fattori potrebbe essere un incentivo al trattamento farmacologico principalmente di tali soggetti.

Bibliografia

1. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ.. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: relationship among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. Int J Psychiatry 2005;20:531-6.
2. Benoit M, Robert PH, Staccini P, Brocker P, Guerin O, Lechowski L, Vellas B. One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The REAL.FR Study. J Nutr Health Aging 2005;9:95-9.
3. Chan DC, Kasper JD, Black BS. Presence of behavioural and psychological symptoms predicts nursing home placement in community dwelling elders with cognitive impairment in univariate but not multivariate analysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003,58:548-54.
4. Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two year longitudinal Maasbed study. Int J Psychiatry 2005;20:523-30.
5. Ryu S-H, Katona C, Rive B, Livingstone G. Persistence of changes in neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease over 6 months. The LASER-AD Study. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13:976-83.
6. Steinberg M, Corcoran C, Tschanz J.T, et al. Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. Int J Psychiatry 2006;21:824-30.
7. Steinberg M, Shao H, Zandi P, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. Int J Psychiatry 2007, DOI:10.1002/gps.

La somministrazione dei pasti in RSA – Progetto "di rieducazione al pasto" di Villa San Clemente

P. Pagliari[1 2], S. Bodini[1 2], P. Cosso[1 2], V. D'Orta[1 2], G. Ricci[1 2], E. Riva[1 2], B. Sacchetti[1 2], S. Sala[1 2], A.B. Ianes[2]

[1] RSA Villa San Clemente, via Garibaldi 77, Villasanta (MI); [2] Gruppo SEGESTA

L'invecchiamento ed alcune malattie che colpiscono le persone anziane possono cambiare notevolmente l'esperienza del mangiare, influenzando sia il piacere che i benefici nutritivi del cibo.
Cambiamenti nella vista, nella mobilità fisica e nei sensi del gusto e dell'odorato influenzano la capacità degli anziani di godere di questa attività vitale.
A questo si devono aggiungere alcuni aspetti organizzativi da migliorare e una scarsa sensibilità del personale all'importanza del pasto. Si ritiene che il tempo medio destinato al pasto all'interno delle RSA sia di circa 13 minuti: il personale ha spesso gran fretta di pulire la sala da pranzo. Questa fretta è un ulteriore ostacolo al momento del pasto anche per gli Ospiti che non manifestano particolari problemi nell'alimentazione e che avvertono solo un disservizio legato alla fretta ed all'ansia del personale di terminare di riassettare il nucleo prima della fine del turno di servizio.
Materiali e metodi. Saranno coinvolti nel progetto il servizio di animazione (2 operatrici) e quello di fisioterapia (3 operatrici) che affiancheranno, un operatore per ciascuno dei cinque nuclei (22 ospiti per nucleo), il personale di assistenza durante i pasti di mezzogiorno per un periodo di sei mesi. Il progetto si articolerà in tre fasi: Fase 1. Definizione del protocollo di effettuazione del progetto; Fase 2. Definizione delle necessità degli ospiti coinvolti; Fase 3. Inizio del progetto.
La presenza delle educatrici e delle fisioterapiste al momento del pasto del mezzogiorno vuole essere un contributo al il recupero delle performances motorie perse da alcuni Ospiti, evitando assistenze non utili o dannose per il recupero di alcune attività di base della vita quotidiana, un'occasione per rilevare i problemi legati all'ambiente in cui vengono dispensati i pasti, ed un modo per rivalutare costantemente le necessità e le problematiche che gli ospiti incontrano al momento del pasto. Verranno attuate tutte le procedure atte a migliorare la palatabilità e la gradevolezza dei cibi (evitando ad es. i pasti unici frullati) al fine di incontrare i gusti degli ospiti dell'RSA e verranno apportate modifiche ambientali laddove fossero necessarie per creare un ambiente più confortevole ed invitante.
Scopi. 1. Migliorare la qualità ambientale e nutrizionale del momento del pasto 2. Incentivare l'autonomia degli Ospiti nell'alimentazione e migliorarne di conseguenza l'autostima 3. Sensibilizzare il personale A.S.A. all'importanza del momento del pasto 4. Effettuare un monitoraggio costante ed eventualmente rilevare problematiche che possono interferire e "rompere" la necessaria tranquillità nel momento del pasto.
Conclusioni. Il cibo è uno dei piaceri della vita e nessun gruppo di persone apprezza di più i pasti delle persone anziane. Uno dei compiti che l'organizzazione di una RSA si deve prefiggere è quello di rendere il momento del pasto un momento di convivialità utile al mantenimento delle attività di vita quotidiana e dello stato nutrizionale e non solo un momento dedicato all'assunzione di alimenti da "ingerire" per sopravvivere.

Prevalenza e caratteristiche del dolore nelle lungodegenze in diverse nazioni europee

C. Palmacci, S. Aquila, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. Il dolore costituisce un problema molto importante nella popolazione anziana. I dati in letteratura hanno messo in evidenza come il dolore sia sottotrattato in questa classe di età e questo ancor di più nelle residenze sanitarie assistenziali. Nelle RSA in Europa risiedono pazienti con caratteristiche molto diverse ed esistono anche differenze socio-culturali rispetto al dolore ed al suo trattamento (1). Tuttavia, ci sono pochi studi internazionali sul dolore condotti nelle lungodegenze in Europa e sono necessari ulteriori dati (2). Abbiamo quindi voluto studiare la prevalenza del dolore ed i fattori ad esso correlati in tre paesi europei, Finlandia (rappresentante il Nord Europa), Italia (il sud) e Olanda (il centro).
Materiali e metodi. Tutti i residenti (di età superiore o uguale a 65 anni, non in stato di coma e comunque non in prognosi terminale), sono stati valutati mediante il Minimum Data Set 2.0 (MDS) almeno 30 giorni dal momento del ricovero. I dati per la Finlandia (n = 6671) includevano informazione raccolte da 255 unità in 64 strutture, per l'Olanda (n = 2295) da 8 strutture e per l'Italia (n = 1764) da 10 RSA.
Risultati. L'età media della popolazione in studio era di 83.6 anni, il 73,3% della quale di sesso femminile. Le caratteristiche al baseline mostravano una maggiore prevalenza di dipendenza nelle ADL (62.3%) e di deterioramento cognitivo (50.2%) nel campione finlandese. La prevalenza di dolore variava tra il 33% in Italia, il 44% in Olanda ed il 55% in Finlandia. Nei modelli di regressione logistica, i fattori correlati al dolore erano più o meno sovrapponibili in tutti i paesi. La presenza del dolore era positivamente associata a depressione (OR 1.7-2.6), dipendenza nelle ADL (OR 2.0-3.2).
Conclusione. Il nostro studio suggerisce come il dolore nelle RSA di diversi paesi europei abbia le stesse caratteristiche e risulti correlato allo stesso modo con depressione, performance cognitiva, ADL e comorbilità, avvalorando l'ipotesi che tali correlazioni siano indipendenti da differenze culturali.

BIBLIOGRAFIA

1. Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW. Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment in Different Types of Care Wards. J Pain Symp Man 2007.
2. Zyczkowska J, Szczerbinska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutional settings. Pain 2007.

Applicazione della Scala Sulla Qualità della vita nelle residenze protette dell'Umbria

N. Palmari[1], G. Dell'Aquila[1], C. Ruggiero[1], E. Costanzi[1], B. Gasperini[1], U. Senin[1], R.Cecchetti[2], P. Eusebi[3], P. Casucci[4], M. Catanelli[4], C. Romagnoli[4], A. Cherubini[1]

[1]Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [2]Asl 1 Regione Umbria; [3]Dipartimento Economia, Finanza e Statistica, Università di Perugia; [4]Regione Umbria.

Scopo. Il principale obiettivo di questa ricerca è quello di valutare i risultati dell'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti nelle residenze Protette autorizzate dalla Regione Umbra.
Materiali e metodi. Studio osservazionale su un campione selezionato in maniera random pari al 30% degli ospiti delle Residenze Protette dell'Umbria. Questo campione è stata stato sottoposto a valutazione multidimensionale comprendente la somministrazione di una scala sulla qualità della vita elaborata presso l'Istituto di Igiene dell'Università del Minnesota (1). La scala si compone di 12 sottoscale in grado di esplorare 11 domini riguardanti la qualità della vita in residenza e una scala sommatoria finale. I domini esplorati sono stati il comfort, la capacità funzionale, la privacy, la dignità, le attività significative, le relazioni interpersonali, l'autonomia, il gradimento del cibo, il benessere spirituale, la sicurezza e l'individualità. Con la scala sommatoria si è chiesto ai soggetti di esprimere il proprio gradimento complessivo nei confronti della Residenza.
Risultati. Il questionario è stato considerato non somministrabile per i soggetti non in grado di rispondere ad almeno 4 domande su 6 della prima scala. La scheda è risultata applicabile in 173 soggetti sui 496 del campione totale.
Il confronto tra i soggetti che hanno e quelli che non hanno completato il questionario ha messo in evidenza alcune caratteristiche significative: i soggetti che hanno completato il questionario avevano una scolarità maggiore (5 *vs.* 4,3 anni; $p < 0,05$), presentavano un numero minore di ADL perse (3,6 *vs.* 5,6; $p < 0,001$), avevano una maggiore integrità delle funzioni cognitive (punteggio alla CPS -*Cognitive Performance Scale* 1,9 *vs.* 4,5; $p < 0,01$), presentavano un minor stato depressivo (punteggio alla GDS 6,6 *vs.* 7,9; $p < 0,05$). In merito alle caratteristiche della popolazione che ha risposto al questionario è stata fatta una ANOVA per valutare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative tra le varie ASL dell'Umbria. Da questa è emersa una differenza statisticamente significativa per i parametri deterioramento cognitivo e comorbilità ($p < 0,05$). In particolare è risultata una differenza nel campione per quanto concerne la comorbilità tra le ASL 3 e 4 (CIRS 12,2 *vs.* 8,5; $p < 0,05$) e per i punteggi di CPS (*Cognitive Performance Score*) tra le ASL 1 e 3 (1,2 *vs.* 2,4; $p < 0,05$). I punteggi medi per singola risposta all'interno delle varie scale (punteggio da 1 a 4) sono stati i seguenti: comfort 2,79, capacità funzionale 3,10, privacy 3,31, dignità 3,63, attività significative 2,76, relazioni 2,77, autonomia 3,11, gradimento del cibo 3,27, benessere spirituale 3,20, sicurezza 2,82, individualità 3,33, scala della qualità della vita globale 2,82. Differenze statisticamente significative nel confronto tra singole ASL sono emerse nell'ambito delle scale sulla privacy ($p < 0,01$), delle attività significative ($p < 0,05$) e della autonomia ($p < 0,05$).
Da un confronto con lo studio statunitense emerge che i risultati sono piuttosto simili ed indicano come ancora molto ci sia da fare per migliorare le condizioni di vita all'interno delle residenze (1).
Conclusioni. La qualità della vita in residenza protetta è un dominio che non è stato adeguatamente considerato ma che riveste notevole interesse, data la sua rilevanza dal punto di vista degli anziani ospiti che trascorrono una parte della loro vita all'interno delle strutture. Per tale motivo in questa ricerca è stato utilizzato uno strumento validato a livello internazionale che però è risultato troppo complesso per essere applicabile alla maggioranza degli ospiti delle nostre residenze protette. Questo suggerisce che sia necessario continuare la ricerca di nuovi strumenti per valutare questo aspetto indicativo della percezione che gli anziani istituzionalizzati hanno della loro vita all'interno delle Residenze.

Bibliografia

1. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of life measures for nursing home residents. J Gerontol Med Sci 2003;3:240-8.

Accumulo intracellulare di esteri del colesterolo e rischio di malattia in parenti di primo grado di pazienti affetti da malattia di Alzheimer

M. Palmas[1], C. Zaru[1], C. Abete[2], C. Norfo[2], C.Mulas[2], M. Putzolu [2], A. Pani [2], S.Dessì [2], A. Borgia[3], P.F. Putzu[1]

[1]Centro Alzheimer – Divisione Geriatria – ASL 8 – Cagliari; [2]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [3]Centro Trasfusionale, ASL7, Iglesias

Scopo. Alterazioni dell'omeostasi intracellulare del colesterolo sono state da noi riscontrate in cellule periferiche (linfomonociti e fibroblasti cutanei) di pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD).
Con lo scopo di evidenziare se tali alterazioni possano essere correlate con il rischio di malattia, nel presente studio abbiamo valutato il metabolismo del colesterolo nel plasma e in linfomonociti periferici di parenti di primo grado di pazienti affetti da AD.
Materiali e metodi. Il campione esaminato è composto da 76 parenti di primo grado di pz affetti da malattia di Alzheimer (range 27-73 aa; età media ± ES. = 46 ± 1.29), in prevalenza donne (51/69), reclutati presso il Centro Alzheimer della Divisione Geriatria P.O. SS Trinità, ASL 8, Cagliari e da 84 donatori di sangue (30/84 donne) di età compresa tra i 22 ed i 65 anni (media ± ES = 42,53 ± 1.18) reclutati presso il Centro Trasfusionale, ASL7, Iglesias, nel periodo compreso tra settembre 2006 e giugno 2007.
Non sono stati inclusi nello studio coloro che risultavano affetti da patologie neoplasiche o ematologiche, infezioni, insufficienza epatica o renale di severa entità, che abbiano subito un infarto del miocardio o un intervento chirurgico o un trauma cranico nei precedenti 6 mesi; inoltre non sono stati inclusi coloro che erano sotto trattamento con farmaci in grado di interferire (in modo noto) con il metabolismo del colesterolo.
Il plasma e i linfomonociti (PBMCs) sono stati isolati dopo centrifugazione di un prelievo di sangue venoso periferico

eseguito sia sui controlli sani che sui pazienti affetti da AD. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e colesterolo HDL (HDL-C) sono stati determinati attraverso procedure colorimetriche enzimatiche di routine, i lipidi neutri cellulari sono stati determinati sia con metodiche di TLC che con il colorante Oil red O (ORO) in grado di legare i lipidi neutri, inclusi gli esteri del colesterolo, ma non il colesterolo libero. I valori ottenuti con l'ORO vengono espressi in base all'intensità del coloro rosso e suddivisi 5 classi: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++) e 4 (++++).
Risultati. È stata osservata una grande variabilità di risultati nei parenti dei pazienti affetti da AD ed una parziale sovrapposizione con i risultati del gruppo di controllo, tuttavia il 44% dei parenti dei pz affetti da AD mostrano nei PBMCs livelli di colorazione ORO compresi fra il valore 2 e il valore 3 in confronto al 19% dei controlli ed i loro livelli di HDL-C nel plasma correlano significativamente con l'intensità della colorazione ORO nei PBMCs ($r = 0.38$, $P < 0.05$).
Conclusione. Questi risultati mostrano una chiara inclinazione, in una percentuale elevata di parenti di soggetti affetti da AD, verso una distribuzione del colesterolo simile a quella dei malati di AD, indicando che parenti di primo grado con alterazioni intracellulari del metabolismo del colesterolo potrebbero avere un elevato rischio di ammalare di AD in un futuro più o meno prossimo.
Un sentito ringraziamento va a tutti i parenti dei pazienti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Prevalenza dell'iperostosi diffusa idiopatica (DISH) in un setting di riabilitazione cardiologica

N. Pappone[1], G. Corbi[2 3], G. Furgi[3], E. Lubrano[1], N. Ferrara[2 3]

[1]Unità di Riabilitazione Cardiologia, Fondazione "S. Maugeri" di Telese/Campoli, IRCCS; [2]Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise; [3]Unità di Riabilitazione Reumatogica, Fondazione "S. Maugeri" di Telese/Campoli, IRCCS

Scopo. L'iperostosi diffusa idiopatica (DISH) è caratterizzata da calcificazioni ed ossificazione dei legamenti e dei tendini ed è stata recentemente correlata a fattori di rischio cardiovascolari. Scopo del presente studio è stato quello di valutare la prevalenza della DISH in pazienti ammessi presso una divisione di cardiologia riabilitativa.
Materiali e metodi. Seicento pazienti, consecutivamente ammessi presso la Divisione di Cardiologia Riabilitativa della Fondazione "Salvatore Maugeri" di Telese Terme e sottoposti a cardiochirurgia (coronary artery by-pass graft [CABG], n = 387; sostituzione valvolare [*VS*], n = 118; CABG + *VS*, n = 20), angioplastica percutanea (PTCA = 13), trapianto cardiaco (n = 1) o affetti da scompenso cardiaco (CHF, n = 60) sono stati reclutati per uno studio retrospettivo. All'ammissione tutti sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo, ECG, Rx del torace, esami emocromocitometrici. La diagnosi di DISH era posta da 2 medici secondo i criteri di Resnick ed Utsinger. Dopo 4 anni dal ricovero si è proceduto, mediante intervista telefonica, ad un follow-up per attestare l'incidenza di mortalità ed eventi cardiovascolari maggiori.
Risultati. Dei 600 pazienti (463 M; età media 64.37 ± 9.73 anni, range 21-87) in 283 (47.2%) è stata posta diagnosi di DISH. Stratificando per età i soggetti con DISH, la prevalenza è aumentata al 59.1% negli ultra65enni. Considerando i fattori di rischio cardiovascolare non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa tra il gruppo DISH ed il controllo, sebbene la prevalenza di diabete, tabagismo, dislipidemia, ipertensione e pregresso infarto miocardico fosse di circa il 50%. All'analisi univariata, il gruppo DISH e quello controllo presentavano differenze significative per età ($p < 0.0001$), frazione di eiezione ($p < 0.05$), body mass index ($p < 0.005$) e metri percorsi al 6-minute walking test sia all'ammissione ($p < 0.0001$) sia alla dimissione ($p < 0.0001$). Nessuna differenza è stata evidenziata per gli eventi cardiovascolari maggiori [MACE] (morte, nuovi infarti del miocardico, angina, aritmie, nuovi ictus, nuovi interventi di cardiochirurgia) e nella sopravvivenza media calcolata a 4 anni, sebbene si sia evidenziata una tendenza ad una maggiore mortalità nel gruppo con DISH rispetto al gruppo di controllo ($p = 0.059$).
Conclusione. I nostri dati dimostrano un'alta prevalenza della DISH in pazienti ammessi in un setting di riabilitazione cardiologica, ed in particolare come tale patologia sia altamente prevalente in soggetti ultras65enni e con maggiore disabilità valutata mediante il 6-minute walking test.

Ruolo dell'ipertensione arteriosa nella progressione della stenosi aortica in soggetti anziani con disfunzione ventricolare sinistra

G. Passariello[1], S. Mazo[1], G. Boccia[1], F. Saccomanno[1], A. Peluso [1], G. D'Alterio[1], A. Maio[1], G. Moniello[1], N. Passariello[1]

[1] Seconda Università di Napoli, III Divisione di Medicina Interna, I Policlinico di Napoli

Scopo. L'entità della progressione della stenosi aortica è estremamente variabile ed il ruolo dei fattori clinici non è stato sufficientemente chiarito. Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'impatto dell'ipertensione arteriosa nella storia naturale della stenosi aortica in pazienti in età senile con disfunzione ventricolare sinistra.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 70 pazienti anziani (età media 75 ± 6 anni), 38 di sesso femminile e 32 di sesso maschile, con stenosi aortica lieve (V.max Ao: 2.82 ± 0.72 m/sec); con gradiente medio: 24.4 ± 12.7 e disfunzione ventricolare di grado lieve (EF: 42.5 ± 2.8%). Tutti i soggetti studiati sono stati divisi in due gruppi in relazione alla presenza (HT) o meno di ipertensione (no HT). I due gruppi di pazienti erano comparabili per le variabili demografiche, cliniche ed ecocardiografiche. Anche le dimensioni dell'atrio sinistro non mostravano differenze significative nei due gruppi (46 ± 5 *vs.* 48 ± 3; p = ns). In tutti i pazienti è stato eseguito un follow-up clinico ed ecocardiografico per 16 ± 4 mesi ed è stata eseguita analisi statistica ANOVA dei dati per misure ripetute allo scopo di valutare la differente evoluzione dei parametri clinico-funzionali nei due gruppi studiati.
Risultati. Nel gruppo dei pazienti ipertesi è stata osservata una più rapida progressione emodinamica della stenosi aortica con aumento delle dimensioni dell'atrio sinistro (52 ± 4 *vs.* 47 ± 2; p < 0,005); del diametro telesistolico (40 ±

1,2 *vs.* 44 ± 1.3; p < 0,005); del volume telesistolico (88 ± 1,2 *vs.* 91 ± 1,3; p < 0,05) del ventricolo sinistro
Conclusione. Il nostro studio ha evidenziato il ruolo cruciale della pressione arteriosa nella evoluzione della stenosi aortica del soggetto anziano.

Un caso clinico di rifiuto ad alimentarsi

F. Patacchini, G. Dell'Aquila, C. Ruggiero, U. Senin, A. Cherubini

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia

Una donna di 74 anni veniva trasferita dal reparto di Clinica Medica presso il reparto di Geriatria per la valutazione di un quadro clinico caratterizzato da riferita disfagia per i cibi solidi e per i liquidi. All'anamnesi patologica prossima la paziente risultava affetta da Malattia di Parkinson dal 1998. Per tale stato patologico la signora assumeva terapia con L-dopa/benserazide alla dose di 200/50 mg. Nel 2003 il Neurologo aveva introdotto in terapia Cabergolina sospesa dopo poco tempo a causa di una non meglio precisata intolleranza da parte della paziente. Un nuovo tentativo di aggiustamento terapeutico era stato tentato un mese prima del ricovero con Pramipexolo sospeso anch'esso dopo pochi giorni. I familiari riferivano che la paziente da allora aveva presentato un peggioramento della disfagia comparsa già da circa otto mesi e per cui la signora aveva eseguito degli accertamenti diagnostici (EGDS che evidenziava ernia jatale da scivolamento, abnorme quantità di secrezione gastrica, eritema antrale). Dal colloquio con i familiari e con la paziente emergeva deterioramento cognitivo e all'esame obiettivo non la presenza di disfagia quanto piuttosto di rifiuto di alimentarsi. Veniva richiesto pertanto un monitoraggio alimentare e venivano introdotte in terapia Olanzapina 5 mg (1/2 cpr/die), Sertralina 50 mg (1/2 cpr/die) e Citicolina 1000 mg (1 fl ev/die). Il collega nutrizionista, chiamato in consulenza, riteneva opportuno intraprendere terapia enterale con un apporto calorico calcolato di 1500 Kcal piuttosto che posizionare il sondino nasogastrico nella speranza che la signora si rialimentasse autonomamente.
Dopo alcuni giorni di iniziale miglioramento del quadro clinico la paziente presentava due crisi epilettiche subentranti per cui si rendeva necessario sospendere la terapia psicofarmacologica e posizionare il sondino naso-gastrico. Dopo aver impostato terapia antiepilettica (acido valproico), si cominciava gradualmente a somministrare cibo e liquidi anche per via orale con scarsi risultati. Dopo aver parzialmente stabilizzato il quadro, veniva dimessa verso una RSA senza essere riusciti a rimuovere il sondino naso gastrico.
Il rifiuto di cibo viene riscontrato sempre più frequentemente nei pazienti anziani. Si tratta di una condizione che comporta rapida perdita di peso, che rende il soggetto anziano più fragile e vulnerabile e che spesso ha una prognosi infausta. Gli individui maggiormente a rischio sono pazienti dementi, depressi o in generale con patologia psichiatrica sottostante (paranoici, schizofrenici o pazienti con disturbi ossessivo compulsivi) (1) (Cullen, Abid, Patel, Coope & Ballard, 1997). Talvolta si tratta di un lucido disegno di porre termine ad un'esistenza che viene percepita priva di significato e di speranza (2,3). Dal punto di vista etico e legale, tale atteggiamento pone al personale sanitario problemi sulle strategie da adottare in quanto è difficile stabilire in quali casi e come trattare il paziente.

Bibliografia

1. Cullen P, Abid F, Patel A, Coope B.m, Ballard C.G. Eating disorders in dementia. International Journal of geriatric Psychiatry 1997;12:559-62.
2. Bernat JL, Gert B, Mogielnicki RP. Patient refusal of hydration and nutrition: an alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. Arch Intern Med 1993;153:2723-8.
3. Ganzini L, Harvart TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon Nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. N Engl J Med 2002;347:582-8.

Le infezioni riscontrate nelle lesioni da decubito nel soggetto anziano istituzionalizzato: analisi dei microorganismi riscontrati e antibiotici valutati

L. Pelucchi[1], A. Ceretti[1], S. Terrevazzi[1], L. Re[2], A. Giannini[3]

[1] RSA "S. Pertini" – ASL Prov. di Milano n° 1, Garbagnate Milanese (MI); [2] Dipartimento di Patologia Clinica – A.O."G. Salvini", Garbagnate Milanese (MI); [3] Servizio di Farmacia – ASL PROV. di MILANO n° 1, Garbagnate Milanese (MI)

Le infezioni nelle lesioni da decubito hanno un'incidenza notevole sulla gestione e assistenza della popolazione anziana; tali infezioni non permettono una corretta evoluzione della lesione verso la guarigione.
L'antibiotico-terapia per avere successo nel processo di bonifica dell'infezione richiede di essere attiva (bassi valori di M.I.C.) verso i batteri isolati e a concentrazioni tissutali adeguate e protratte nel tempo tali da raggiungere tutti i piani (cute, muscoli, osso).
Lo studio si è proposto di valutare la prevalenza dei vari microrganismi implicati nelle infezioni delle ulcere cutanee di soggetti anziani istituzionalizzati e si è analizzato quali antibiotici, sulla base degli antibiogramma eseguiti, sono più adatti a debellare i microrganismi riscontrati.
Sono stati riscontrate 202 infezioni batteriche, nel corso di più di tre anni, dalla valutazione degli esami colturali delle lesioni da decubito in soggetti anziani ospiti presso l'RSA "S. Pertini" dell'A.S.L. Prov. di Milano N° 1.
La diagnosi di infezione è stata dimostrata in base alla positività dell'esame batteriologico in due colture consecutive di campioni prelevati nella stessa sede biologica, per lo stesso microrganismo, nella stessa giornata (tale positività è stata considerata una sola volta ai fini del lavoro). Dagli antibiogramma eseguiti si è voluto analizzare l'efficacia di alcuni antibiotici di più comune utilizzo:
Amikacina – Cefotaxime – Ciprofloxacina – Gentamicina – Imipenem – Levofloxacina – Netilmicina – Trimethoprim/Sulfametossazolo (Trim/Sulfam.).
Dai nostri dati si riscontra che i batteri Gram – sono presenti in percentuale maggiore rispetto ai batteri Gram + (58.25% contro 41.72%) e il microrganismo più riscontrato è lo *Staphylococcus Aureus* con una percentuale del 35.15% sul totale delle infezioni riscontrate.

Analizzando gli antibiogramma eseguiti sui microrganismi riscontati nelle ulcere cutanee, si evidenzia che Trimethoprim/Sulfametossazolo è efficace in particolar modo nelle infezioni sostenute da *Staphylococcus Aureus* (93.75%) e pure in quelle da MRSA, invece è risultato meno efficace nelle infezioni da Gram – (*Es. Coli* 46.15%; *Proteus Mirabilis* 26.08%; *Pseudomonas Aeruginosa* 0%); Amikacina è risultata particolarmente efficace nelle infezioni sostenute da Gram + e Gram – (anche in infezioni da Pseudomonas Aeruginosa), bisogna considerare, però, la sua scarsa diffusione tissutale contro una migliore diffusione del Trim/Sulfam; Cefotaxime è risultato medialmente efficace nelle infezioni sostenute da Gram + e Gram -.
I dati analizzati evidenziano che è fondamentale conoscere l'epidemiologia, la clinica e la terapia di queste infezioni, in modo tale da apportare la più corretta strategia preventiva e conoscere la più appropriata scelta di terapia antibiotica (farmacocinetica e farmacodinamica) e/o medicazioni avanzate.

Tab. I.

Microrgani GRAM +	N.	%	Microrgan GRAM -	N.	%
Staph. Aure	71	35.15	Esc. Coli	29	14.35
Strept. Agal	2	0.99	Prot.Mira	50	24.75
Enter. Faec	3	1.48	Provid.Stuar	13	6.43
Staph Epider	2	0.99	Pseud Aerug	15	7.42
Stre ? em A	4	1.98	Kleb.Pneu	3	1.48
Staph.Cohinii. Ureal.	2	0.99	Mor. Mor	5	2.47
Pseud.Fluoresce / Putida	1	0.49	Enter Aer	2	0.99

Tab. II.

	Staph Aureus	Esch. Coli	Proteus Mirab.	Prov. Stuar	Pseud. Aeurog.
Amikacina	S 28 I 3 R 1	S 15 I 4	S 48 R 2	S 13	S 14 R 1
Cefotaxime	S 19 R 42	S 16 R 13	S 23 I 14 R13	S 10 I 2 R 1	S 9 R 6
Ciprofloxacina	S 12 I 5 R 54	S 5 R 24	S 16 I 7 R 27	S 7 R 6	S 9 R 6
Gentamicina	S 28 I 4 R 39	S 20 R 9	S 19 R 31	S 7 I 2 R 4	S 11 I 3 R 1
Imipenem	S 25 R 46	S 28 R 1	S 46 I 2 R 2	S 11 I 2	S 12 I 1 R 2
Levofloxacina	S 25 I 3 R 43	S 3 R 26	R 50	R 13	R 15
Netilmicina	S 47 I 8 R 16	S 13 I2 R14	S 10 I 5 R 35	S 7 R 6	S 9 I 2 R 4
Trimeth/ Sulfam	S 67 R 4	S 15 R 14	S 14 R 36	S 7 R 6	R 15

S = Sensibile, I = Intermedio, R = Resistente

Studio osservazionale come strumento efficace per valutare il profilo di un nuovo farmaco: focus sulla popolazione anziana con diabete mellito

G. Periello[3], V. Borzì[1], D. Cucinotta[2], A. Bulotta[4], L. Vitali[4]

[1]I Divisione Medicina Azienda Ospedale Vittorio Emanuele (CT) (in nome del Board del gruppo di studio italiano IMPROVE); [2]Dipartimento di Medicina Interna Policlinico Universitario (ME) (in nome del Board del gruppo di studio italiano UPGRADE); [3]Perugia (in nome del Board del gruppo di studio italiano PREDICTIVE); [4]Medical And Regulatory Affairs dept. Novo NOrdisk

Scopo. Nel mondo occidentale l'età media della popolazione si avvicina agli 80 anni. Il tasso di crescita degli ultraottantenni è del 3.2%. Uno studio britannico afferma che l'anziano è il maggior consumatore di farmaci. Infatti, l'87% dei pazienti anziani li assume regolarmente e la preponderanza del fenomeno è di 3 volte maggiore rispetto a quella della popolazione globale. Il 34% degli anziani assume 3 o 4 farmaci al giorno. Pertanto la popolazione anziana risulta quella più esposta all'insorgenza di reazioni avverse. Secondo dati americani, il 30% dei ricoveri ospedalieri negli anziani è legato a reazioni avverse al farmaco, che sono stimate essere la quinta causa di morte tra i pazienti anziani ricoverati. Poiché la popolazione anziana non è ampiamente rappresentata negli studi clinici registrativi, l'osservazione del profilo terapeutico di un nuovo farmaco, dopo la sua immissione in commercio, è fondamentale per l'acquisizione di informazioni sul profilo rischio/beneficio del farmaco stesso quando utilizzato nella pratica clinica. Scopo di questo lavoro è quello di valutare, nella popolazione anziana, in condizioni di "real life" il profilo di sicurezza dei nuovi analoghi dell'insulina e le strategie terapeutiche utilizzate.
Materiali e metodi. Verranno analizzati i dati provenienti da 3 studi osservazionali aventi lo scopo di raccogliere i dati relativa alla sicurezza degli analoghi dell'insulina quando utilizzati nella normale pratica clinica: lo studio IMPROVE raccoglie dati relativa alla molecola insulina aspart a doppio rilascio (NovoMix®30), lo studio PREDICTIVE raccoglie i dati relativi all'insulina detemir (Levemir®) e lo studio UPGRADE raccoglie i dati relativi all'insulina aspart (NovoRapid®). Si prevede di includere nei tre studi una popolazione di circa 5000 pazienti provenienti da 450 servizi di diabetologia distribuiti su tutto il territorio nazionale. In tutti e tre gli studi l'end-point primario è rappresentato dall'incidenza delle ipoglicemie maggiori definite come reazioni avverse gravi. Tutti e tre gli studi prevedono una osservazione di 26 settimane e la raccolta di dati sulla qualità di vita del soggetto con diabete mellito.
Risultati attesi. Ci si attende di confermare una diminuzione del rischio di ipoglicemia e soprattutto di quelle notturne, come già evidenziato negli studi registrativi. L'ipoglicemia rappresenta un fattore limitante per il raggiungi-

mento del controllo glico-metabolico oltre che per la qualità di vita del paziente. L'ipoglicemia è una complicanza molto importante soprattutto nell'anziano, in quanto causa di comorbidità quali tremori, sudorazioni, palpitazioni, ma anche convulsioni, coma, ictus, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca acuta ed aritmie ventricolari che possono mettere in pericolo di vita il paziente. L'analisi dei dati provenienti dai tre studi permetterà di valutare, oltre il profilo di sicurezza dei tre farmaci, le strategie terapeutiche utilizzate nella popolazione diabetica anziana.

PEG: quale paziente?

S. Peruzza[1], C. Mezzasalma[1], G. Lollo[2], F. Pozzato[2], R. Rozzini[3]

[1]U.O. di Geriatria - Conegliano ULSS7; [2]Servizio di Gastroenterologia e Endoscopia digestiva - Conegliano ULSS7; [3]U.O. di Geriatria - Osp.Poliambulanza (Brescia)

Scopo. La PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*) è una sonda alimentare che attraversa la parete addominale fino allo stomaco e permette la nutrizione in assenza della funzione della deglutizione, o in alcuni casi, come supplemento alla normale alimentazione. Probabilmente, con l'aumento dell'età, la tecnica PEG ha determinato, anche per la facilità di esecuzione, un'estensione delle indicazioni e del conseguente suo utilizzo. Attualmente, oltre a precise indicazioni cliniche, non esistono sicuri criteri di individuazione dei soggetti anziani, con caratteristiche di fragilità, che possono usufruire di questo presidio (1). Inoltre nell'anziano, con grave patologia dementigena, l'atto decisionale deve tener conto anche di considerazioni di carattere etico(2). Questo studio rileva, in una popolazione di anziani ricoverati in reparto per acuti, quali sono gli indicatori qualitativi e quantitativi, da noi registrati, che si correlano significativamente al paziente sottoposto a PEG.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato, con alcuni indicatori della valutazione multidimensionale, 1300 pazienti ricoverati consecutivamente nella nostra U.O. di Geriatria per acuti. Essi si riferiscono alla valutazione delle condizioni di autosufficienza, mediante la scala ADL (Activity Daily Living), al momento premorboso (pre-ADL), all'atto del ricovero (ADL_0) e alla dimissione (ADL_1); delle condizioni di salute fisica mediante la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), nei suoi indici di severità e complessità della comorbidità (ISC; ICC), al momento del ricovero (ISC_0; ICC_0) e alla dimissione (ISC_1; ICC_1); della performance cognitiva con SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire). Inoltre abbiamo confrontato anche alcuni parametri ematologici, come gli indici di infiammazione aspecifica (VES, PCR), l'emoglobina (Hb), la creatininemia e l'albuminemia, nelle due popolazioni di pazienti. I pazienti con sonda alimentare PEG sono considerati sia quelli sottoposti a PEG durante il ricovero che quelli a cui tale presidio era già stato applicato in precedenza (entro un anno dal ricovero). La registrazione e l'analisi dei dati è stata effettuata con il programma di statistica epidemiologica "Epi-info".

Risultati. Dei 1300 pazienti, ricoverati per le diverse patologie, l'età media è risultata di ca 83 aa (F = 84,4aa; M = 81aa). La degenza media è stata di 9,7 gg. I pazienti con PEG sono stati 25 (2%) e quelli con SNG 130 (10%); Le tabelle sottostanti riportano il confronto tra le medie di alcuni indicatori, nelle due popolazioni di pazienti, con PEG e senza PEG (no-PEG); la differenza tra le medie è testata con t-di Student.

Lo SPMSQ, nei pazienti con PEG, è risultato inferiore al punteggio 2 (deficit mentale grave) e strettamente correlato al punteggio 0 delle ADL (completamente dipendente), per cui abbiamo considerato nell'analisi solo le ADL.

Nella Tabella sottostante abbiamo riportato i valori significativi dell'analisi di regressione multipla, degli stessi indi-

	pre-ADL	ADL_0	ADL_1	ISC_0	ISC_1	ICC_0	ICC_1
PEG	0 (SD 0)	0 (0)	0 (0)	4,2 (0,4)	3,8 (0,4)	4,2 (0,9)	4,2 (1,0)
No-PEG	3,1 (SD 2,5)	2,0 (2,3)	2,9 (2,5)	3,5 (0,5)	3,0 (0,4)	3,5 (1,1)	3,2 (1,2)
St-p	6,1 - < 0,001	4,3 - < 0.001	5,8 - < 0,001	6.9 - < 0.001	9,9 - < 0.001	3,1 - = 0.001	4,1 - < 0.001

	VES	PCR	Hb	creatininemia	albuminemia
PEG	86,9 (SD 27,4)	12,0 (10,9)	11,4 (1,5)	1,0 (0,4)	3,2 (0,4)
No-PEG	58,2 (SD 31,9)	6,4 (8,4)	12,0 (3,1)	1,3 (1,2)	3,4 (0,5)
St-p	4,4 - < 0,001	3,2 - < 0,001	ns	ns	2,0 - < 0,05

indicatore	OR	95%	coefficiente	Z-statistic	p-value
ADL_0 (0-2)	0,11	0,03	-2,19	-3,9	**< 0,001**
ISC_0 (> 4)	16,6	4,5	2,8	4,2	**< 0,001**
Album (2-2,5)	212,3	1,4	5,3	2,1	**0,034**
VES (80-100)	5,6	1,47	1,7	2,5	**0,011**
costante			-4,59	-2,3	**0,021**

catori, per valutare se se esiste una possibile associazione tra la variabile causale (paziente con PEG) e i valori di alcune variabili predittive (indicatori).
I decessi registrati in pazienti con PEG sono risultati 6 (24%), in pazienti con SNG 47 (36,2%), e in quelli senza SNG o PEG 138 (12,2%).
Conclusioni. La PEG risulta attualmente il presidio ideale per la NE in soggetti con persistente disfagia o ridotto introito di alimenti.
Le evidenze disponibili indicano che i pazienti con PEG sono in gran parte anziani, in condizioni di fragilità e dipendenza.[3] Essi non sono comunque un gruppo omogeneo. L'individuazione di criteri validati può migliorare la selezione dei pazienti candidati. Un approccio multidisciplinare e multidimensionale al singolo paziente è essenziale nel processo decisionale e gestionale. Nella nostra Unità Operativa i pazienti sottoposti a PEG sono in genere in gravi condizioni fisiche e psichiche, completamente dipendenti, con un'alta percentuale di complicanze/mortalità.

Bibliografia

1. Toigo G, Zamboni M, et al. Linee Guida per la nutrizione artificiale nel paziente anziano. G Gerontol 2005;603-16.
2. Sanders DS, Anderson AJ, Bardhan KD. Percutaneous endoscopic gstrostomy: an effective strategy for gastrostomy feeling in patients with dementia. Clin Med 2004;4:235-41.
3. Mitchell SL, Tetroe JM. Survival after percutaneous endoscopic gastrostomy placement in older persons. J Gerontol 2000;55A:M735-M739.

Prevalenza della sindrome metabolica in una popolazione anziana pugliese

M. Petroi, G. Barile, M. Benigno, S. Ghiyasaldin, A. Fanelli, V. Triggiani[1], E. Tafaro[1], E. Guastamacchia[2], F. Resta

Sezione di Geriatria e Gerontologia-MIDIM; [1]Sezione di Endocrinologia-DACTI; [2]Sezione di Endocrinologia-DETO; Università di Bari

La prevalenza della sindrome metabolica (SM) aumenta con l'avanzare dell'età ed è sottostimata fra i soggetti anziani. Sono anche pochi i dati della letteratura relativi alla frequenza di tale condizione clinica nella popolazione anziana. Scopo di questa ricerca è stato quello di valutare la prevalenza della SM in una popolazione anziana pugliese a Dieta Mediterranea.
Sono stati selezionati in modo casuale 190 soggetti anziani non istituzionalizzati, 97 maschi e 93 femmine, di età compresa fra 65 ed 88 anni (media 74.1 anni). L'aderenza dei soggetti alla Dieta Mediterranea è stata verificata attraverso un questionario semi-quantitativo delle frequenze alimentari (Winfood®). Secondo l'ATP III, la diagnosi di SM è stata posta in base alla presenza di almeno 3 dei seguenti elementi: obesità centrale (circonferenza della vita > 102 cm nei M e > 88 cm nelle F); trigliceridemia ≥ 150 mg/dL e/o colesterolemia HDL < 40 mg/dL nei M e < 50mg/dL nelle F; glicemia a digiuno ≥ 110mg/dL; pressione arteriosa ≥ 130/85 mmHg. Non è stata osservata alcuna differenza significativa dell'età media fra M ed F.
Dei 190 anziani osservati, 85 (pari al 44,7% della popolazione) risultavano affetti dalla SM, con una prevalenza maggiore nelle F rispetto ai M (56.5% *vs.* 43.5%). La frequenza della SM per diverse fasce d'età è risultata pari al 37.8% nei soggetti con 65-69 anni, al 50.8% nella fascia 70-74 anni, al 39.3% nella fascia 75-79 anni e al 50% nei soggetti con 80-88 anni. Considerando quindi la distribuzione per sesso e per fasce d'età, è stato osservato che la SM è più frequente nelle F nelle fasce d'età 65-69 anni (78.6%) e 70-74 anni (56.3%), mentre è pari fra M ed F nella fascia 75-79 anni (50 e 50%) ed è prevalente nei M nella fascia d'età 80-88 anni (52.9%).
Considerando la frequenza dei singoli componenti la SM, è stato osservato che il 93.9% degli anziani presentava obesità centrale, l'81.2% ipertensione arteriosa, l'81.2% iperglicemia, il 40.7% ipertrigliceridemia ed il 52.4% bassi valori di colesterolo HDL. Considerando i sessi, l'obesità centrale è stata riscontrata nell'83.8% dei M e nel 97.8% delle F, l'ipertensione arteriosa nell'83.8% dei M e nel 79.2% delle F, l'iperglicemia nell'83.8% dei M e nel 79.2% delle F, l'ipertrigliceridemia nel 44.4% dei M e nel 37.8% delle F, bassi valori di colesterolo HDL nel 52.8% dei M e nel 52.2% delle F.
In conclusione, la prevalenza della SM è risultata particolarmente elevata (44.7%) nella popolazione anziana pugliese, pur essendo essa a regime alimentare Dieta Mediterranea. Tale alta frequenza suggerisce che la SM è sottostimata nella popolazione anziana, in particolare nei soggetti di sesso femminile. Per questo è utile per il futuro prevedere la correzione dei singoli fattori della SM, al fine di ridurre la sua prevalenza.
Ricerca finanziata con Fondi d'Ateneo 2006 dell'Università di Bari (F. Resta, E. Guastamacchia, E. Tafaro).

La mappa della longevità in Italia: la distribuzione territoriale dei centenari

E. Petruzzi[2], S.U. Magnolfi[1], I. Noferi[1], P.Pinzani[3], F. Malentacchi[3], F.M. Antonini[2], N. Marchionni[2]

[1]U.O. di Geriatria, USL 4 Area Pratese, [2] Dip.to Area Critica Medico Chirurgica, Sez. di Geriatria; [3]Dip.to Fisiopatologia Clinica, Sez. Biochimica Clinica; Università di Firenze

Scopo. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in rapida espansione, che interessa ormai tutto il territorio italiano, ma presenta notevoli disomogeneità territoriali: abbiamo infatti alcune provincie, concentrate soprattutto nel centro-nord, che hanno ormai una percentuale di ultrasessantasessantacinquenni superiore ad un quarto della popolazione totale, mentre in altre, situate nel sud e nelle isole, tale percentuale è inferiore ad un sesto. Abbiamo quindi voluto verificare se queste differenze si mantenevano anche nella distribuzione territoriale della longevità estrema, rappresentata dagli ultranovantenni e dai centenari. Per ridurre l'influenza sull'invecchiamento della popolazione di fenomeni come la denatalità e i flussi migratori, abbiamo utilizzato due nuovi indicatori, l'indice di longevità (rapporto tra gli ultranovantenni e gli ultrasessantacinquenni) e quello di centenarietà (rapporto tra centenari e ultranovantenni)

Soggetti e metodi. Sono stati utilizzati i dati ISTAT aggiornati all'1-1-2006 relativi alla popolazione italiana, suddivisa in 5 macroregioni (nordovest, nordest, centro, sud e isole), 20 regioni e 103 province. Per ogni provincia, regione e macroregione sono stati calcolati i seguenti dati: popolazione totale, percentuale di ultrasessantacinquenni, centenari/10000 abitanti, indice di longevità, indice di centenarietà, rapporto tra centenari di sesso femminile e maschile (sex ratio).
Risultati. L'invecchiamento della popolazione raggiunge i valori maggiori nelle regioni del centro (21.21 % di ultrasessantacinquenni), rimane elevato anche nel norovest (21.01%) e nel nordest (20.75 %), mentre si riduce nel sud (17.19%) e nelle isole (17.89%). La regione con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni (la Liguria) è anche quelle con il maggior numero di centenari/10.000 abitanti, mentre la Campania è all'ultimo posto per quanto riguarda gli ultrassessantacinquenni e al penultimo nella classifica dei centenari. Le cinque provincie con il più alto numero di centenari/10.000 abitanti sono Trieste (3.84), La Spezia (3.32), Belluno (3.06), Alessandria (3.04) e Genova (2.97), mentre agli ultimi posti troviamo Caserta (0.76), Matera (0.83), Crotone (0.87), Siracusa (0.93) e Ragusa (0.97). L'indice di longevità è più alto nel nordest (5.01), assume valori intermedi nel nordovest (4.44) e nel centro (4.41), e si riduce ulteriormente nel sud (3.84) e nelle isole (3.92). L'indice di centenarietà, invece, è più alto nelle isole (2.29) e al centrosud (2.17) rispetto al nordest (1.79) e al nordovest (1.86). La sex ratio si riduce progressivamente da nord a sud (7.94 nel nordest, 7.00 nel nordovest, 4.18 nel centro, 3.42 nel sud e 3.07 nelle isole maggiori). All'interno delle macroregioni, la sex ratio è più elevata nelle regioni che hanno un territorio prevalente montano (Val d'Aosta, Trentino Alto Adige, Abruzzo e Molise).
Conclusioni. L'analisi dei dati ISTAT mostra che le realtà territoriali più longeve si trovano nel nord, dove i centenari sono nella grande maggioranza di sesso femminile. Tra le città più longeve, sia Trieste che La Spezia e Genova si trovano sul mare, e probabilmente questa collocazione geografica ha favorito il raggiungimento di un'età molto avanzata. La minore diffusione dei centenari nel sud rispetto al nord non sembra dovuta tanto a fattori climatici o genetici, quanto alla minore percentuale di ultrasessantacinquenni e alle peggiori condizioni sociali e ambientali in cui vivono gli abitanti delle regioni meridionali.

Infezioni e antibiotico resistenza nei reparti di riabilitazione

P. Piana, A. Malusà, F. Forlani, M Fodaro, A. Rossi, P. Vitali Mazza, G. Ricevuti

Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR S. Margherita, ASP Pavia

Le malattie infettive accompagnano l'intero arco dell'esistenza degli individui della nostra specie e sono di quotidiana osservazione nella pratica clinica soprattutto nell'anziano. L'età, di per sé, rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni in quanto associata a modificazioni della risposta immunitaria umorale e cellulo-mediata e ad alterazioni fisiologiche quali il ridotto riflesso della tosse, la minore perfusione tessutale e i rallentati processi di riparazione delle ferite, la ridotta attività fisica e/o dalla degenza a letto, scadenti condizioni igienico-sanitarie, dall'istituzionalizzazione, malnutrizione, patologie debilitanti associate. Le infezioni, in geriatria, si manifestano frequentemente con presentazioni peculiari e atipiche, responsabili, talvolta, di un ritardo nella diagnosi. Il tasso di letalità della maggior parte delle infezioni è tre volte maggiore nei pazienti anziani rispetto agli adulti con la stessa malattia. A questi problemi si deve aggiungere il grosso dramma della antibioticoresistenza che rappresenta la nuova emergenza del nostro secolo e che condiziona l'outcome del paziente stesso.
Scopo. Tale studio si propone di analizzare uno dei principali problemi che riguardano i pazienti ricoverati in istituti riabilitativi e di lungo degenza ovvero le infezioni. L'analisi delle infezioni risulta essere uno degli argomenti di primaria importanza nelle nursing homes sia per i costi di gestione derivanti, sia perché le infezioni rappresentano la maggiore complicanza nei soggetti anziani ricoverati ed una delle cause più importanti di morte. Il sopraggiungere dell'infezione nei pazienti delle nursing homes può essere una complementarietà ad altre patologie già presenti (comorbilità) oppure può rappresentare una complicanza della gestione del paziente ricoverato. È fondamentale stabilire l'esatta correlazione tra infezioni e altre patologie del soggetto anziano in quanto la decisione terapeutica in tali circostanze è molto importante e qualche volta anche difficile. Per questo motivo ci siamo proposti di analizzare in maniera sequenziale la presenza di infezioni in 100 soggetti ricoverati, per problemi riabilitativi, presso l'Istituto IDR Santa Margherita. La nostra analisi ha preso in considerazione parametri clinici, biologici e strumentali dei pazienti ricoverati per poter evidenziare l'incidenza delle infezioni, la loro correlazione con l'età, l'autonomia dei pazienti, la comorbilità con altre patologie, la patologia chirurgica eventuale. Dato importante della nostra ricerca è stato l'evidenziare non soltanto il rapporto con l'ambiente e la patologia, ma anche con la comparsa e la definizione di antibiotico resistenza che quindi hanno potuto determinare il successo o l'insuccesso della terapia e anche l'evoluzione della patologia.
Materiali e metodi. Il nostro studio ha preso in considerazione un campione di 100 pazienti sequenzialmente reclutati, indifferentemente maschi e femmine, di età compresa tra i 50 e i 98 anni, ricoverati presso la Divisione di Geriatria dell'Istituto IDR Santa Margherita di Pavia. Lo studio retrospettivo si è svolto in un periodo di circa dodici mesi nell'anno 2006 e si è basato su cartelle cliniche di pazienti ricoverati nella struttura per un periodo riabilitativo di circa tre mesi ciascuno. I dati da noi rilevati sono stati: età, sesso, provenienza e destinazione, diagnosi all'ingresso e alla dimissione, ricovero ospedaliero e intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti la giornata del ricovero, patologie di base concomitanti, farmaci assunti, in particolare terapia antibiotica, presenza di catetere vescicale, catetere venoso centrale, PEG, lesioni da decubito, test specifici somministrati (ADL, IADL, Indice di Barthel, GDS, Tinetti), dati di laboratorio, sede/i di infezione, dati colturali. In particolare gli esami di laboratorio rilevati riguardavano la funzionalità ematologica, renale ed epatica, aspetti metabolici, l'assetto del sistema immunitario e della reazione infiammatoria. Tali dati sono stati registrati in schede di rilevazione standard da noi formulate.

Risultati. I dati analizzati dalla nostra ricerca evidenziano due aspetti rilevanti che meritano attenzione e discussione. Il primo riguarda la presenza di infezioni in soggetti che subiscono una ospedalizzazione, il secondo riguarda la comorbilità come fattore inducente e favorente possibili infezioni. Nella nostra casistica oltre il 50% presentavano un'infezione che nel 56% dei casi è stata acquisita durante la degenza e nel 44% era presente all'ingresso. Nella nostra casistica di pazienti la produzione di b lattamasi a spettro esteso (ESbL) da parte di batteri Gram negativi, rappresenta un problema rilevante. Lo stesso vale per i chinoloni, risultati appropriati solo nel 25% dei casi. La nostra analisi ha dimostrato l'esistenza di VRE nel 20% degli enterococchi isolati dalle urocolture dei pazienti ammessi allo studio.
Conclusioni. Questi dati ci hanno permesso di trarre alcuni conclusioni di grande rilevanza sociale ed economica: 1) il trasferimento di un paziente dal reparto per acuti porta spesso con sé un'infezione prevalentemente localizzata. 2) La degenza in un reparto ospedaliero riabilitativo dei soggetti con infezione o di soggetti con altre patologie comporta inevitabilmente la comparsa di una patologia infettiva. 3) Il problema dell'età, della comorbilità, dell'allettamento, e dello stato di autonomia sono fondamentali per la persistenza e/o comparsa di patologia infettiva. 4) Scarsità di linee guida specifiche per il trattamento delle infezioni nel paziente lungodegente sottoposto a terapia riabilitativa. 5) Uso empirico di antibiotici. 6) Occorre assumere maggiore attenzione e provvedimenti per l'antibioticoresistenza. 7) Assicurandosi che i pz ricevano le immunizzazioni adeguate. 8) Appoggiando le valutazioni cliniche appropriate per i sospetti di infezione. 9) Fornendo criteri minimi e standardizzati per l'inizio di una terapia. 10) Incentivando una buona igiene delle mani. 11) Eseguendo corrette e oculate prescrizioni antibiotiche. 12) Istituendo un comitato per le infezioni ospedaliere (C.I.O.) anche nelle RSA. 13) L'azione di gran lunga più efficace nel controllo delle infezioni è la sorveglianza mirata, intesa come raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo, e valutazione dell'efficacia delle stesse.

La versione italiana dell'Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) nella diagnosi differenziale tra demenza di Alzheimer e demenza frontotemporale

M. Pigliautile[1], M. Ricci[1], S. Ercolani[1], M. Costanzi[1], V. Serafini[1], E. Mioshi[2], F. Hodges[2], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1] Istituto di Gerontologia e Geriatria,Università di Perugia; [2] Cognition and Brain Unit Medical Research Council, Cambridge (UK)

Scopo. Valutare se, e in che misura, la versione italiana dell'Addenbrooke's Cognitive Examination Revisied (1) (ACE-R) è in grado di discriminare tra pazienti affetti da demenza frontotemporale e pazienti affetti da demenza di Alzheimer.
Materiali e metodi. Addenbrooke's Cognitive Examination (2) (ACE) è un test costruito per identificare i primi stadi di demenza e per discriminare tra diversi tipi di demenza. È stato tradotto e validato in diverse lingue e, recentemente, la versione originale è stata revisionata (ACE-R) al fine di aumentare la sensibilità. ACE-R può essere somministrato e interpretato anche da personale non specializzato. Il test include il MMSE e valuta con ulteriori test 5 diversi domini cognitivi: attenzione/orientamento, memoria, fluenza verbale, linguaggio e abilità visuo-spaziali. Il punteggio massimo è 100 ed è possibile calcolare anche punteggi separati per i diversi domini. Il nostro gruppo sta curando la validazione in lingua italiana di ACE-R (IT-ACE-R). Nel presente studio tale versione è stata somministrata a 47 soggetti cognitivamente integri, 31 pazienti affetti da demenza di Alzheimer (AD), 8 pazienti affetti da demenza frontotemporale (FTD) e 10 pazienti con demenza vascolare (VAD). Tutti i pazienti erano affetti da demenza di grado lieve (CDR ≤ 1) e non differivano per età e scolarità.
Risultati. Abbiamo condotto un'analisi della varianza e un'analisi con curve ROC sui dati al momento disponibili. IT-ACE-R, adottando un cut-off di 66, discrimina tra pazienti con demenza e soggetti cognitivamente integri con una sensibilità paria al 79% ed una specificità del 98%. L'area sotto la curva è pari a 0,96. Nel confronto tra gruppi (ANOVA, Bonferroni post hoc analisi) emerge che il gruppo dei soggetti cognitivamente integri differisce da ciascuno dei gruppi patologici ($p < 0.0001$) nel punteggio totale dell'IT-ACE-R, che gli AD e i FTD differiscono nel subtest orientamento/attenzione ($p < 0.001$) e nel subtest visuospaziale. Inoltre, calcolando il rapporto VLOM (fluenza verbale + linguaggio)/(orientamento + memoria), altamente discriminante nella versione inglese, abbiamo ottenuto una differenza significativa tra AD e FTD. Da un ulteriore analisi con curve ROC, emerge che un valore VLOM inferiore a 1 è suggestivo di demenza FTD con una sensibilità pari al 47% ed una specificità pari al 87%, mentre un valore VLOM superiore a 1 è suggestivo di demenza AD con una sensibilità pari al 53% ed una specificità pari al 73%. Prevediamo di aumentare la sensibilità e la specificità ampliando il numero dei casi per gruppo.
Conclusione. IT-ACE-R sembra essere un buon test di screening molto utile anche nella diagnosi differenziale tra FTD e AD nelle fasi iniziali di malattia.

Bibliografia

1. Mioshi E, Dawson K, Mitchell J et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. International Journal of Geriatric Psychiatry 2006;21:1078-85.
2. Mathuranath MD, Nestor PJ, Berrios et al. A brief cognitive test battery to differenziate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Neurology 2000;55:1613-20.

SVAM – Scala di valutazione dell'attività di musicoterapia. Uno strumento di valutazione e programmazione terapeutica

D. Pignatale[1], F. Mastroianni[2]

[1] Pedagogista, Musicoterapeuta; [2] Geriatra

Introduzione. Ad oggi in letteratura non esistono scale di valutazione che permettano la misurazione del trattamento di musicoterapia. Per questo motivo già dal 2000 la nostra equipe ha ideato questo nuovo strumento valutativo che è stato già utilizzato in studi scientifici e che è in corso di validazione.

Materiali e metodi. La SVAM valuta in termini qualitativi e quantitativi la partecipazione alle sedute di musicoterapia. È articolata in 17 items con un range 0-50, migliore è la prestazione, maggiore sarà il punteggio ottenuto. La scala è suddivisa in due macroaree, una dedicata all'aspetto comportamentale-relazionale, l'altra ai comportamenti musicali specifici. Della prima area fanno parte gli items che indagano: 1) Grado di partecipazione; 2) Tipo di partecipazione; 3) Distribuzione del tempo di partecipazione; 4) Interazione con il gruppo; con contatto Fisico, oculare, verbale; 5) Interazione con il musicoterapeuta; con contatto Fisico; Oculare; Verbale. Della seconda area fanno parte gli items che indagano: 6) Risposta emotiva agli stimoli musicali; 7) Interazione musicale con il gruppo; 8) Interazione musicale con il Musicoterapeuta; 9) Uso degli strumenti; 10) Comportamenti vocali nel canto libero; 11) Comportamenti vocali nel canto di una canzone; 12) Comportamenti musicali con strumenti nell'improvvisazione libera; 13) Comportamenti musicali con strumenti nell'imitazione di modelli ritmici. Esiste anche una scala ridotta a 10 items.

Conclusioni. La SVAM offre la possibilità di misurare lo sviluppo comportamentale e di partecipazione alle sedute di musicoterapia. Rappresenta uno strumento utile nelle valutazioni longitudinali e l'analisi dei risultati può essere di valido aiuto alla programmazione ed alla verifica dei progetti terapeutici individuali e di gruppo. La definizione delle diverse aree infatti consente la eventuale identificazione di quelle che necessitano di stimolazione sonoro/musicale. Riteniamo che poter disporre di uno strumento analitico per la valutazione dell'effetto della musica sul soggetto, aggiunge un altro tassello alla difficile comprensione del comportamento del soggetto affetto da disturbi cognitivi. I primi dati raccolti meritano un ulteriore approfondimento ed una validazione su larga scala dello strumento al fine di migliorare la sensibilità e la specificità.

Bibliografia

1. Mastroianni F, Pignatale D, Netti P, Bufi C, Tavella C, De Santis A. Effetto di un programma di musicoterapia in un gruppo di soggetti anziani affetti da demenza. G Gerontol 2001;8:422.
2. Mastroianni F, Pignatale D, Netti P. Impatto di un programma di riabilitazione attraverso la musicoterapia in soggetti anziani istituzionalizzati affetti da demenza. Psichiatria in Puglia, Maggio 2002, Anno VIII N 13, pagg 105-116.
3. Pignatale D, Mastroianni F. Impatto della musicoterapia sul mmse e sull'uso di farmaci neurospichiatrici in soggetti anziani istituzionalizzati. G Gerontol 2004;5.

Fig. 1.

Nome _____ Data _____

SCALA DI MISURAZIONE DELLA RELAZIONE NELL'ATTIVITA MUSICALE TERAPEUTICA

1. Grado di partecipazione

Alto	□	3
Medio	□	2
Basso	□	1
Non rilevato	□	0

2. Tipo di partecipazione

Totalmente attiva	□	3
Mediamente attiva	□	2
Mediamente passiva	□	1
Totalmente passiva	□	0

3. Distribuzione del tempo di partecipazione

Costante	□	3
Mediamente costante	□	2
Non costante	□	1
Totalmente non costante	□	0

4. Interazione del soggetto con il gruppo

Con contatto fisico		
Con l'intero gruppo	□	3
Con parte del gruppo	□	2
Con una persona specifica	□	1
Assente	□	0
Con contatto oculare		
Con l'intero gruppo	□	3
Con parte del gruppo	□	2
Con una persona specifica	□	1
Assente	□	0
Con contatto verbale		
Con l'intero gruppo	□	3
Con parte del gruppo	□	2
Con una persona specifica	□	1
Assente	□	0

5. Interazione del soggetto con il musicoterapeuta

Con contatto fisico		
Presente	□	3
Medio	□	2
Lieve	□	1
Assente	□	0
Con contatto oculare		
Presente	□	3
Medio	□	2
Lieve	□	1
Assente	□	0
Con contatto verbale		
Presente	□	3
Medio	□	2
Lieve	□	1
Assente	□	0

Comportamenti musicali specifici

6. Risposta emotiva agli stimoli musicali

Correlata alla musica	□	3
Mediamente correlata alla musica	□	2
Non correlata alla musica	□	1
Risposta non visibile	□	0

7. Interazione musicale del soggetto con il gruppo

Presente	□	3
Media	□	2
Lieve	□	1
Assente	□	0

8. Interazione musicale del soggetto con il musicoterapeuta

Presente	□	3
Media	□	2
Lieve	□	1
Assente	□	0

9. Uso degli strumenti

Espressivo	□	4
Ritmico	□	3
Caotico	□	2
Stereotipato	□	1
Assente/ Passivo	□	0

10. Comportamenti vocali nel canto libero

Canta	□	3
Canta caoticamente	□	2
Canta stereotipie	□	1
Non canta	□	0

11. Comportamenti vocali nel canto di una canzone

Canta parole e melodia di una intera canzone	□	4
Canta frasi della canzone	□	3
Canta canzone/i a sua scelta	□	2
Cantilena parole di una canzone	□	1
Non canta	□	0

12. Comportamenti musicali con strumenti nell'improvvisazione libera

Suona	□	3
Suona caoticamente	□	2
Suona stereotipie	□	1
Non suona	□	0

13. Comportamenti musicali con strumenti nell'imitazione di modelli ritmici

Suona esattamente la sequenza ritmica	□	3
Suona approssimativamente la sequenza ritmica	□	2
Cambia la sequenza ritmica	□	1
Non suona	□	0

Validazione di un nuovo questionario per la valutazione dei sintomi gastrointestinali delle alte vie digestive negli anziani (UGISQUE)

A. Pilotto[1], S. Maggi[2], G.C. Parisi[3], M. Noale[2], M. Franceschi[1], G. Crepaldi[2]; on behalf of IPOD Project Investigators

[1] U.O di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG); [2] Sezione Invecchiamento, CNR, Padova; [3]Abano Terme, Ospedale Generale, Padova

Introduzione. Gli strumenti di screening attualmente disponibili per la diagnosi clinica dei disturbi gastrointestinali non sono del tutto appropriati per il paziente anziano che, spesso presenta sintomi aspecifici. Strumenti validi per la popolazione adulta, quali il Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), non hanno sufficiente sensibilità per identificare i casi nella popolazione anziana. È necessario pertanto avere uno strumento preciso, sensibile e specifico, in grado di individuare tra i soggetti con disturbi gastrointestinali le diverse patologie gastroenterologiche dell'anziano.
Scopo dello studio è stato quello di valutare la fattibilità, la riproducibilità e la validità di un questionario che esplori i sintomi gastrointestinali relativi alle alte vie digestive in pazienti anziani (Upper GastroIntestinal Questionnaire for the Elderly = UGISQUE).
Materiali and Metodi. Sono stati studiati consecutivamente 206 soggetti ultrasessantenni sintomatici (M = 89, F = 117, età media = 76.2 anni, range = 62–96 anni) che sono stati sottoposti ad endoscopia delle alte vie digestive. A tutti i pazienti è stato somministrato un questionario per valutare i sintomi gastrointestinali delle alte vie digestive. Il questionario è stato creato sulla base dei dati della letteratura e sull'esperienza clinica. Il questionario include un totale di 15 items suddiviso in 5 clusters di sintomi: A) sindrome da dolore addominale: 1) dolore; 2) dolore da fame, B) sindrome da reflusso: 3) pirosi; 4) rigurgito acido; C) maldigestione: 5) nausea; 6) brontolii allo stomaco, 7) gonfiore di stomaco, 8) aerofagia; D) emorragia delle alte vie digestive: 9) ematemesi, 10) melena, 11) anemia (perdita di ≥ 3 grammi di emoglobina durante gli ultimi 3 mesi); E) Sintomi non specifici: 12) anoressia; 13) perdita di peso; 14) vomito; 15) disfagia. L'analisi statistica è stata effettuata mediante il Fisher exact test, la regressione logistica binomiale e l'indice K per valutare la sensibilità, la specificità e la concordanza con le diagnosi endoscopiche.
Risultati. All'endoscopia basale 32 pazienti sono risultati affetti da esofagite (ESO), 54 pazienti da ulcera peptica (UP), 51 pazienti da gastrite erosiva (GE) e 69 pazienti non presentavano lesioni organiche (NLO). Nei pazienti con ESO, è stata osservata un'associazione significativa con la presenza di dolore addominale ($p = 0.002$), sindrome da reflusso ($p < 0.0001$), maldigestione ($p = 0.0004$) e sintomi non specifici ($p < 0.0001$). Nei pazienti con UP, è stata osservata un'associazione significativa con la presenza di dolore addominale ($p = 0.02$), emorragia digestiva ($p < 0.0001$) e sintomi non specifici ($p < 0.0001$); nei pazienti con GE, è stata osservata un'associazione significativa con dolore addominale ($p = 0.02$) e sintomi non specifici ($p = 0.004$). Mediante analisi della regresione logistica è stata riscontrata un'associazione significativa tra ESO e dolore addominale (OR = 6.9,95%CI = 2.0-23.8), sindrome da reflusso (OR = 15.3, 95%CI = 3.2-72.4) e sintomi non specifici (OR = 12.2, 95%CI = 3.3-45.1), e tra UP e dolore addominale (OR = 18.8, 95%CI = 4.0-88.2), emorragia digestiva (OR = 50.3, 95%CI = 9.8-259.0) e sintomi non specifici (OR = 28.1, 95%CI = 5.8-135.4). Usando un valore di soglia di $p = 0.50$, il modello statistico ha identificato correttamente il 76.2% dei soggetti con ESO (sensibilità = 37.5%, specificità = 94.2%), il 69.9% dei pazienti con UP (sensibilità = 63%, specificità = 75.4%) ed il 65.8% dei pazienti con GE (sensibilità = 84.3%, specificità = 52.2%).
Conclusione. L'UGISQUE è uno strumento semplice e valido per valutare i sintomi gastrointestinali riferibili a malattie delle alte vie digestive negli anziani, risultando particolarmente utile nei pazienti con esofagite ed ulcera peptica.

Intolleranza glucidica e demenza di Alzheimer. Studio in una coorte di pazienti anziani

L. Piovani, S. Orini, A. Alicandri, P. Cravarezza, R. Scudellari, C. Zeliani, A. Marengoni, B. Borroni, A. Padovani, G. Romanelli

Cattedra di Geriatria - Unità Dipartimentale di Geriatria per Acuti e Clinica Neurologica Università di Brescia - Azienda Spedali Civili di Brescia - Fondazione "P. Richiedei" Gussago

Scopo. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di diabete mellito di tipo 2 o di intolleranza glucidica a digiuno in un gruppo di pazienti con Malattia di Alzheimer (MA), correlando poi tali alterazioni metaboliche alla variazione dei flussi cerebrali e alle modificazioni della funzionalità cardiaca.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 43 soggetti (9 maschi, 34 femmine; età media: 73 ± 7 anni) affetti da MA con grave decadimento cognitivo, selezionati tra i pazienti ambulatoriali della Clinica Neurologica e della Clinica Medica dell'Università degli Spedali Civili di Brescia. I dati ottenuti sono stati confrontati con quelli di una casistica precedentemente studiata di 33 pazienti (12 maschi, 21 femmine) affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI) e con 27 soggetti normali (7 maschi, 20 femmine) come gruppo controllo. Per porre diagnosi di MA sono stati eseguiti test clinici diagnostici, inclusi neuroimaging (TC o RMN) e al momento del campionamento è stato somministrato un Mini Mental State Examination (MMSE). Sono stati valutati in seguito i valori basali di glicemia e di insulinemia e tutti i pazienti sono stati sottoposti a test da carico di glucosio con controllo della glicemia a tempo zero e a distanza di 120 minuti. Tutti i soggetti sono, inoltre, stati sottoposti ad un esame ecocardiografico per misurare le dimensioni e la massa del ventricolo sinistro, i vari parametri della funzione sistolica (frazione di accorciamento, FA%; frazione di eiezione, FE%; velocità di accorciamento circonferenziale, VcF/sec) e la funzione diastolica ventricolare sinistra (Onda E, espressione della fase di riempimento ventricolare rapido; onda A, espressione della sistole atriale; rapporto E/A). I pazienti sono infine stati sottoposti a Eco-color-doppler TSA per determinare il flusso ematico cerebrale (CBF), calcolato come la somma dei volumi di flusso dell'arteria carotide interna e dell'arteria vertebrale di ambo i lati.
Risultati. Nei soggetti con MA il MMSE è risultato francamente patologico (17 ± 6), il test era perfettamente nor-

male sia nel gruppo di controllo (29 ± 1) che nei pazienti con MCI (27 ± 2). I valori di glicemia a digiuno nei soggetti MA sono risultati più elevati (media di 112 ± 44 mg/dl) rispetto ai soggetti con MCI (104 ± 36 mg/dl) e ai soggetti di controllo (95 ± 37 mg/dl). Inoltre una correlazione inversa altamente significativa si è avuta correlando i valori di glicemia con i valori del MMSE (r = - 0.75). Dai dati relativi allo studio ecocardiografico si è potuto notare come nei pazienti con MA, pur in presenza di valori di pressione arteriosa media sostanzialmente sovrapponibili agli altri soggetti studiati, si sia osservato un modico incremento della massa ventricolare sinistra (205 ± 63 g). Gli indici di funzionalità sistolica sono risultati sovrapponibili nei tre gruppi studiati mentre nei pazienti con MA si è osservata una significativa disfunzione diastolica (riduzione di E-vel 0.52 ± 0.1 m/sec e aumento di A-vel 0.78 ± 0.1 m/sec). La riduzione del rapporto E-vel/A-vel è risultata direttamente correlata con il flusso cerebrale totale, significativamente più basso nei pazienti con MA (494,3 ± 98,03 mL/min nei soggetti con demenza, 710 ± 78,69 mL/min nei controlli; $p < 0.05$). Altamente significativa si è dimostrata, inoltre, la correlazione inversa fra il CBF e la glicemia (r = -0.83). Nei pazienti con MA, dunque, vi è un deficit di flusso ematico cerebrale il cui grado di riduzione è correlato all'aumento dei valori di glicemia e alla severità della demenza (MMSE patologico). Secondo le nuove ipotesi il maggior rischio di ammalarsi di MA dei pazienti diabetici sarebbe legato, oltre all'aumento dei valori di glicemia, anche alla resistenza all'insulina dell'organismo di questi soggetti e all'iperinsulinemia conseguente. Nel nostro studio abbiamo infatti potuto osservare un'elevata concentrazione di insulina plasmatica nei pazienti affetti da demenza (media 13.35 ± 7.8 mU/ml) correlata alla diminuzione sia del CBF (r = -0.71) che del punteggio del MMSE (r = -0.51).

Conclusione. Il nostro lavoro evidenzia un legame tra la MA e il diabete mellito dimostrando come le alterazioni cardiovascolari provocate da quest'ultimo possano contribuire alla demenza diminuendo il flusso cerebrale. L'associazione rilevata tra livelli elevati di insulina plasmatica e la gravità del decadimento cognitivo suggeriscono, come in altri studi sperimentali, la possibilità che anormalità del metabolismo dell'insulina a livello cerebrale possano essere una nuova spiegazione dei cambiamenti patologici tipici della MA (placche amiliodee e grovigli neurofibrillari), aprendo la strada a nuove possibili strategie terapeutiche.

Cure intermedie: un ponte fra Ospedale e territorio

Pizzorni[1], A. Napolitano[1], G. Zunin[2], D. Torriglia[2], E. Palummeri[3]

[1]Cure Intermedie Ospedale Celesia – ASL 3 Genovese; [2]Cure Intermedie Ospedale Galliera – Genova; [3]Direttore Dipartimento Interaziendale di Geriatria

Scopo della ricerca. Dimostrare che l'uso ottimale delle risorse di un Ospedale deve includere una fascia intermedia di cura e riabilitazione funzionale destinata a pazienti anziani fragili, finalizzato al recupero della condizione premorbosa.

Partecipanti. Pazienti dimessi da 2 UU.OO. di Cure Intermedie (C.I.) nel periodo ottobre 2006 – Maggio 2007.

Materiali e metodi. La tipologia dei pazienti che accedono alle C.I. è rappresentata soprattutto da ultrasessantacinquenni, malati chirurgici in particolare ortopedici, operati per frattura di femore o, meno frequentemente per chirurgia elettiva (anca e ginocchio), da malati internistici che hanno sviluppato una sindrome ipocinetica, da malati neurologici con ictus a decorso migliorativo, infine da malati cronici in fase di scompenso che richiedono una stabilizzazione clinica. Tutti questi pazienti. presentano una polipatologia evidenziata attraverso la valutazione della scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) applicata all'ingresso, che testimonia l'estrema fragilità e instabilità clinica.

Materiali e metodi. Uno studio condotto nelle due realtà genovesi di CI, strutture ponte tra le Cure Ospedaliere e le Cure Primarie, omogenee per caratteristiche strutturali e organizzative, afferenti al Dipartimento Interaziendale di Geriatria, ubicate in due diversi Ospedali della città, ha constatato come sulla base di dati di comorbidità e severità, la tipologia dei ricoverati sia rappresentata soprattutto da anziani estremamente complessi e fragili. Nel periodo Ottobre 2006 - Maggio 2007sono stati raccolti i valori di CIRS su 125 ricoverati presso le CI dell'Ospedale Celesia e 244 ricoverati in CI dell'Ospedale Galliera per un totale di 369 pazienti, con riscontro di una media CIRS di 4,13 e di Indice di severità 1,73 per i primi e di una media CIRS di 3,9 e di Indice di severità 1,69 per i secondi. Tali valori, sostanzialmente sovrapponibili testimoniano come l'utenza che affluisce a questo tipo di reparto sia gravata da un indice di instabilità clinica che ne giustifica la permanenza in una realtà ospedaliera, capace di garantire rapidità di intervento e congruità di strumenti, non solo diagnostici.

Inoltre una raccolta di dati attraverso le SDO dello stesso periodo dei dimessi dalle CI dell'Ospedale Celesia, dimostra in oltre un terzo dei casi il riscontro di nuove diagnosi (sono state escluse le diagnosi di sindrome depressive e di infezione urinaria) grazie a una valutazione globale e a un tempo maggiore di osservazione.

La U.O. Cure Intermedie dell'Ospedale Galliera, operativa dal 2002, può inoltre dimostrare un progressivo, significativo incremento dell'indice di severità nel corso degli anni, motivato da una sempre maggiore richiesta di presa in carico precoce di pazienti dalle UUOO per acuti.

Conclusione. La necessità di contenimento dei costi, la riduzione drastica dei posti letto e dei tempi di degenza, rischiano di esasperare una semplificazione della rete sanitaria mirante all'"espulsione" dai reparti per acuti della fascia di utenza rappresentata da anziani fragili, ancora instabili clinicamente, con perdita dell'autonomia funzionale. Solo l'inserimento di una realtà degenziale ad impostazione geriatrica, con finalità di stabilizzazione/riattivazione, in un contesto rigorosamente ospedaliero, oltre a fornire una risposta in termini di economicità, può garantire le condizioni di protezione alla vulnerabilità che trasforma la fragilità, in una vera Sindrome, dove la somma dei singoli elementi dà un indice prognostico esponenziale e non addizionale.

Ruolo della depressione sullo stato nutrizionale in soggetti anziani: studio caso-controllo

G. Placentino[1], M. Franceschi[1 2], F. Paris[1], L. Cascavilla[1], G. D'Onofrio[1], D. Seripa[2], M.G. Matera[2], A.M. Pazienza[1], A. Pilotto[1 2]

[1] U.O. di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche; [2]Laboratorio di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Ricerca, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

Introduzione. Non è ancora ben definito il ruolo della depressione sullo stato nutrizionale dell'anziano.
Scopo dello studio è stato quello di valutare il ruolo della depressione sullo stato nutrizionale in pazienti anziani ospedalizzati e non-ospedalizzati.
Pazienti e metodi. Lo studio caso-controllo è stato condotto presso la U.O di Geriatria dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo. Sono stati selezionati 204 pazienti anziani affetti da depressione e confrontati con 204 non depressi di pari età e sesso (età media = 77.0 ± 6.8, range = 60-92 anni). In tutti i soggetti sono stati raccolti i seguenti parametri: scolarità, comorbilità valutata con il Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-comorbilità) e numero di farmaci assunti. La diagnosi di depressione, conforme ai criteri del DSM-IV, è stata effettuata mediante la Geriatric Depression Scale (GDS) e il colloquio psicologico clinico. Lo stato nutrizionale è stato valutato con il Mini Nutritional Assessment (MNA), questionario composto da 18-items che esplorano 4 aree antropometrica, globale, alimentare e soggettiva. Il MNA è stato suddiviso in 3 pattern: *Ben nutrito (score ≥24), a rischio di malnutrizione (score 17-23,5) e malnutrito (score < 17)*. Tutti i pazienti inoltre sono stati sottoposti a valutazione della disabilità mediante le scale funzionali Activities of Daily Living (ADL), e Instrumental Activities of Daily Living (IADL). L'analisi statistica è stata effettuata mediante i test del chi^2 di Pearson e di Kruskal-Wallis.
Risultati. i soggetti depressi sono risultati significativamente maggiormente a rischio di malnutrizione rispetto ai soggetti di controllo (MNA = 21.7 ± 4.2 *vs.* 24.0 ± 4.3, p = 0.0001). Suddividendo i pazienti secondo i pattern del MNA è stata osservata una differenza significativa nello stato nutrizionale comparando soggetti depressi con soggetti di controllo: *ben nutriti* (37,3% *vs.* 65,7%, p = 0.0001), *a rischio di malnutrizione* (27,5% *vs.* 50%, p = 0.0001), *malnutriti* (12,7% *vs.* 6,9%, p = 0.0001). Ancora una differenza significativa è emersa tra i due gruppi per quanto riguarda l'autonomia funzionale: i soggetti depressi presentano infatti maggiore disabilità funzionale rispetto al gruppo di controllo, indipendentemente dal pattern del MNA cui appartengono, sia nelle ADL (4.6 ± 1.8 *vs.* 5.4 ± 1.3, p = 0.0001) che nelle IADL (4.4 ± 2.9 *vs.* 5.9 ± 2.6, p = 0.0001). Inoltre i soggetti depressi assumono un numero significativamente maggiore di farmaci rispetto al gruppo di controllo (4.2 ± 2.5 *vs.* 3.7 ± 2.6, p = 0.04). Nessuna differenza è stata osservata tra i soggetti depressi e i controlli per quanta riguarda la scolarità (3.8 ± 3.3 *vs.* 4.2 ± 3.3, p = ns), il Body Mass Index (27.5 ± 5.2 *vs.* 28.0 ± 5.1, p = ns) e la comorbilità (2.7 ± 1.7 *vs.* 2.6 ± 1.5, p = ns).
Conclusioni. In questa popolazione anziana la depressione si associa significativamente alla malnutrizione.

Distensibilità arteriosa ed esercizio fisico controllato in una popolazione di pazienti anziani cardiopatici

P. Polcaro, I. Tassinari, M.C. Cavallini, N. Zaffarana, F. Fattirolli, N. Marchionni, G. Masotti, R. Pini

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze

Scopo. La riabilitazione cardiologica (RC) intesa come intervento multidisciplinare è risultata ridurre la mortalità globale e cardiovascolare (CV). In particolare è stato dimostrato che il training fisico controllato migliora la capacità funzionale (CF) e lo stato psico-sociale del soggetto e favorisce un miglior controllo dei fattori di rischio CV. La riduzione della distensibilità arteriosa (DA) rappresenta un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di eventi CV. Fino ad ora pochi studi hanno indagato gli effetti del training fisico controllato sul sistema vascolare in soggetti anziani e/o affetti da patologie cardiovascolari che assumono terapia farmacologica ed i risultati ottenuti sono tuttora controversi. Gli scopi del presente studio sono: 1) la valutazione delle variazioni degli indici di DA in un gruppo di soggetti anziani cardiopatici sottoposti ad un programma di RC; 2) l'importanza della DA quale determinante della CF.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 127 pazienti di età compresa tra i 34 e gli 85 anni (età media 64 ± 12 anni), ammessi a svolgere un programma di RC (infarto miocardio recente: 62%, angina instabile trattata con rivascolarizzazione per cutanea: 14%, recente intervento di rivascolarizzazione miocardica chirurgica: 12%, chirurgia vascolare: 10%, scompenso cardiaco: 1% e sindrome coronarica acuta a coronarie indenni: 1%). Tutti i pazienti ammessi a svolgere il programma riabilitativo cardiologico si presentavano clinicamente stabili ed in terapia farmacologica ottimizzata. Il programma di RC aveva una durata media di 3,9 ± 0,5 settimane ed era basato su un intervento multidisciplinare, clinico e farmacologico, di prevenzione secondaria e sull'esecuzione di un training fisico controllato di forza e di resistenza, programmato in base alla CF del soggetto valutata mediante il carico raggiunto al test ergometrico. All'inizio e al termine del programma riabilitativo sono stati misurati la velocità di propagazione dell'onda pressoria carotido-femorale (PWV_CF) e l'Augmentation Index (AI) mediante tonometria di appianamento (Sphygmocor®, AtCor Medical Pty Ltd, West Ryde Corporate Centre, Australia).
Risultati. Il 48% dei soggetti arruolati aveva un'età > 65 anni, il 18% ≥75 anni e l'82% era di sesso maschile. Al termine della RC si evidenziava un incremento significativo della tolleranza allo sforzo sia nell'intera popolazione in esame (132 ± 42 *vs.* 118 ± 40 Watt, p < 0,0001) che nei pazienti di età ≥ 75 anni (95 ± 26 *vs.* 85 ± 29 Watt, p = 0,017). All'inizio del programma il gruppo dei pazienti di età ≥ 75 anni, rispetto ai pazienti con età < 75 anni, presentava maggiore rigidità arteriosa (AI: 0,16 ± 0,08 *vs.* 0,11 ± 0,07, p = 0,003; PWV_CF: 10,74 ± 3,15 *vs.* 8,17 ± 2,20 m/sec, p < 0,0001), minore superficie corporea (SC) (1,8 ± 0,2 *vs.* 1,9 ± 0,2 m^2, p = 0,014), maggiori pressioni differenziali centrali (42 ± 13 *vs.* 38 ± 12 mmHg, p = 0,002), peggiore funzione renale (Clearance della creatinina: 51 ± 15 *vs.* 84 ± 26 ml/min, p < 0,0001), ridotta frazione di eiezione del ven-

tricolo sinistro (43 ± 9 *vs.* 50 ± 12%, p = 0,030) e inferiore prestazione al test da sforzo (85 ± 29 *vs.* 125 ± 38 Watt, p < 0,0001). Nell'intera popolazione in studio, l'analisi di regressione multipla evidenziava che PWV_CF, SC e sesso erano predittori indipendenti della CF, mentre età, pressione arteriosa centrale, indici strutturali e funzionali del ventricolo sinistro, frequenza cardiaca e presenza di sindrome depressiva erano esclusi dal modello. Al termine della riabilitazione, l'AI indicizzato per la frequenza cardiaca e la PWV_CF, aggiustata per le variazioni della pressione arteriosa centrale, non mostravano variazioni significative rispetto all'inizio del programma riabilitativo.
Conclusione. Un programma di esercizio fisico aerobico, compreso in un intervento multidimensionale di RC della durata di 3-4 settimane, migliora la capacità funzionale anche nei soggetti ultrasettantacinquenni, ma non sembra sufficiente a modificare gli indici di DA in pazienti adulti e anziani affetti da patologie CV. Tuttavia, in questa popolazione, gli indici di DA risultano predittori indipendenti della CF al test ergometrico.

Alterazioni dei livelli di mRNA di geni coinvolti nell'omeostasi del colesterolo in linfomonociti periferici di pazienti AD e loro parenti di primo grado

M. Putzolu[1], C. Mulas[1], C. Abete[1], C. Norfo[1], C. Zaru[1 2], M. Palmas[1 2], P.F. Putzu[2], A. Pani[1], C. Orrù[1], M.D. Cannas[1], S. Dessì[1]

[1]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [2]Centro Alzheimer, ASL8 Cagliari

Scopo. Numerosi lavori hanno collegato il colesterolo alla malattia di Alzheimer (AD). I risultati ottenuti sono stati però contrastanti e ancora non è del tutto chiaro quale/i alterazioni della complicata regolazione dell'omeostasi del colesterolo svolgano un ruolo chiave nella patogenesi della malattia. Pertanto, nel presente studio abbiamo valutato sia l'espressione di geni coinvolti nell'omeostasi del colesterolo (HMGCoA-R, LDL-R, SREBP2, nCEH, ABCA1, CAV1, che quella di geni coinvolti nel metabolismo del peptide-beta amiloide (Aβ): APP, beta-secretase e neprilisina, utilizzando come modello "ex vivo" linfomonociti isolati da sangue periferico di 12 pazienti AD, di 12 parenti di primo grado, di 8 soggetti sani anziani, e di 10 soggetti sani di giovane-media età.
Materiali e metodi. I linfomonociti (PBMC) sono stati isolati dopo centrifugazione di sangue venoso periferico su gradienti di Ficoll. L'espressione genica è stata analizzata con tecniche RT-PCR, impiegando primers specifici per ciascun gene considerato. I livelli di mRNA di ciascun gene sono stati normalizzati con i corrispondenti livelli di mRNA della beta astina.
Risultati. I livelli di mRNA di SRBP2, nCEH, Cav-1 e ABCA1 erano significativamente più bassi in pazienti AD rispetto ai controlli di pari età. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata per quel che riguarda gli mRNA di HMGCoA-R e LDL-R. Una più bassa espressione dei succitati geni era associata con una diminuzione significativa dell'espressione della neprilisina e della beta-secretasi ed un aumento di quella dell'APP. Interessante, le stesse differenze significative sono state osservate, quando si è confrontata l'espressione genica dei parenti di primo grado con quella di controlli sani di pari età.
Conclusioni. Nel loro insieme i risultati ottenuti confermano in cellule periferiche risultati ottenuti da altri autori in tessuti cerebrali. Essi inoltre supportano la possibilità di poter utilizzare l'espressione di tali geni non solo per una conferma in vita di diagnosi di AD, ma anche quale potenziale indicatore di rischio di tale malattia.
Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Funzioni cognitive nell'anziano dopo chirurgia della carotide

T. Raichi[1], F.T. Feliziani[1], F. Mangialasche[1], V. Cornacchiola[1], M. Ricci[1], M. Pigliautile[1], M.C. Polidori[3], B. Parente[2], P. Cao[2], U. Senin[1], P. Mecocci[1]

[1]Istituto di Gerontologia e Geriatria, e [2] Istituto di Chirurgia Vascolare, Università di Perugia, Perugia; [3] Institute of Physiological Chemistry I, Heinrich-Heine University, Düsseldorf

Scopo. L'aterosclerosi della carotide è un serio problema negli anziani a causa della sua relazione con le malattie cerebrovascolari. Molti studi sono stati rivolti ad analizzare quali siano le conseguenze della chirurgia carotidea, effettuata mediante endoarterectomia o tramite angioplastica percutanea transluminale, in relazione al rischio di microembolizzazione o ischemia secondaria. Tuttavia non vi sono molte evidenze su quale sia l'effetto sulle funzioni cognitive di questi interventi. In questo studio tali funzioni sono state valutate nei pazienti anziani prima e dopo l'intervento per valutare se esso possa rappresentare un rischio a breve o lungo termine e per confrontare l'impatto dell'endoarterectomia carotidea (CEA) e della angioplastica percutanea transluminale (PTA) sulle funzioni cognitive.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 51 pazienti di età ≥ 65 anni, afferiti tra il 2005 e il 2006 alla Clinica di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale di Perugia per essere sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione carotidea: 27 hanno eseguito CEA (M: 23, F: 4; età media: 73 ± 5,6), 24 hanno eseguito PTA (M: 12, F: 12; età media: 75,4 ± 6,5). I due gruppi sono risultati omogenei per la prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari.
I soggetti sono stati esaminati con test neuropsicologici il giorno prima dell'intervento(T0) e poi a tre (T3) e a 12 mesi (T12) da esso. Le funzioni cognitive, lo stato funzionale e affettivo sono stati valutati con i seguenti test: Mini Mental State Examination, Trail Making Test, nella variante A e B, racconto di Babcock, Test delle 15 parole di Rey, fluenza verbale per lettera (FAS), fluenza verbale per categorie, Test dell'orologio (spontaneo e su copia), Activity Daily Living (ADL), Instrumental Activity Daily Living (IADL), Geriatric Depression Scale (GDS). Le differenze sono state considerate statisticamente significative per p < 0.05.
Risultati. Non sono state riscontrate differenze a livello delle funzioni cognitive tra i pazienti che hanno eseguito PTA e quelli che hanno invece effettuato EAC, sia prima che dopo l'intervento ad eccezione che nel Trail Making Test A, che esplora l'attenzione, a T0 (PTA: 79.8 ± 33.2 *vs.* CEA:

113.83 ± 51.8; p < 0.02) e a T12 (PTA 77 ± 24.7 *vs.* CEA: 122.7 ± 52.5, p < 0.01). Non ci sono differenze statisticamente significative sia nella PTA che nella CEA nella maggior parte dei test esploranti le funzioni cognitive e lo stato affettivo dopo l'intervento chirurgico, nel follow-up a breve o lungo termine. Tuttavia nel gruppo che ha eseguito CEA, il Trail Making Test B, che esplora l'attenzione e la velocità dei processi mentali (T0: 233.7 ± 115.9 *vs.* T12: 191.1 ± 113.6, p < 0.05) e la FAS, che esplora la fluenza verbale (T0: 5.6 ± 3.1 *vs.* T12: 7.3 ± 4.2, p < 0.05), migliorano in maniera significativa da T0 a T12 mentre la prova della copia nel Test dell'orologio, che valuta la prassia costruttiva, peggiora significativamente da T0 a T12 (T0: 12.2 ± 2.0 *vs.* T12: 11.3 ± 2.7, p < 0.01). Nel gruppo della PTA c'è solo un miglioramento nel Test dell'orologio (Copia) da T0 a T3 (T0: 2.1 ± 1.2 *vs.* T3: 1.5 ± 0.8, p < 0.05).

Conclusioni. Questo studio mostra che l'intervento chirurgico della carotide nei soggetti ultrasessantacinquenni è un importante strumento per la prevenzione delle malattie cerebrovascolari e nonostante il rischio di microembolizzazione esso sembra essere sicuro relativamente alle funzioni cognitive. Tuttavia, a causa della sua minore invasività, la PTA potrebbe essere preferita alla CEA per il trattamento chirurgico dell'aterosclerosi carotidea emodinamicamente significativa dell'anziano.

Caratteristiche cliniche di soggetti anziani affetti da sindrome da apnee ostruttive del sonno

P. Ranieri[1 2], A. Bianchetti[1 2], A. Margiotta[1 2], C. Espinoza[1 2], I. Badini[1 2], M. Trabucchi[2]

[1]Unità Operativa Medicina, Istituto Clinico S. Anna, Brescia; [2]Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Background. Le apnee ostruttive del sonno sono frequenti in età geriatrica, ma rimangono spesso non diagnosticate. Questo potrebbe dipendere dalla presentazione atipica della patologia.

Obiettivi dello studio. Descrivere le caratteristiche cliniche ed i sintomi di presentazione associati alla sindrome da apnee ostruttive del sonno (OSAS) in soggetti ambulatoriali sottoposti ad esame polisonnografico ed analizzare le variabili in base all'età.

Pazienti e Metodi. 238 soggetti sono stati valutati in un periodo di 24 mesi. Variabili demografiche, spirometriche, fattori di rischio e sintomi di presentazione di OSAS sono stati raccolti attraverso un questionario ad hoc. Il monitoraggio cardio-respiratorio notturno del sonno è stato effettuato al domicilio con apparecchio di registrazione portatile. Un indice di apnea/ipopnea (AHI) superiore a 10 è stato considerato il cut off per la diagnosi di OSAS. Sono stati quindi selezionati i soggetti con un esame positivo per OSAS (n = 147) e suddivisi in 2 gruppi in base all'età (minore e maggiore di 60 anni) e sono state analizzate le differenze cliniche e polisonnografiche.

Risultati. 60 pazienti (25.4%) hanno un'età maggiore di 60 anni. In questi soggetti l'esame polisonnografico è più frequentemente positivo per OSAS rispetto al gruppo dei più giovani (73 *vs.* 58%, p = 0.041). I soggetti affetti da OSAS più vecchi, rispetto a quelli più giovani, sono più frequentemente donne (15.9 *vs.* 6.8%, p = 0.08), si presentano più frequentemente con ipersonnia diurna (75 *vs.* 25%, p = 0,025), ipertensione arteriosa sistemica (71 *vs.* 53%, p = 0.05), problemi di memoria (66 *vs.* 33%, p = 0.000), depressione del tono dell'umore (48 *vs.* 30%, p = 0.041), reflusso gastroesofageo (41 *vs.* 26%, p = 0.06), nicturia (64 *vs.* 29%, p = 0.000) ed impotenza sessuale (45 *vs.* 12%, p = 0.000); mentre non mostrano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la gravità del disturbo del sonno, i dati spirometrici, i principali fattori di rischio per OSAS (russamento abituale e persistente, pause respiratorie, risvegli con senso di soffocamento, BMI, circonferenza del collo, familiarità per apnee, anormalità delle vie aeree superiori e utilizzo di alcool) e i sintomi di presentazione più tipicamente correlati al disturbo del sonno (russamento eccessivo, sonno non ristoratore, cefalea mattutina).

Conclusioni. I dati confermano che l'OSAS è una patologia rilevante nella popolazione anziana. I sintomi di presentazione nei soggetti anziani sono prevalentemente somatici ed organici: reflusso gastro-esofageo, nicturia, depressione del tono dell'umore, problemi di memoria, disfunzione sessuale, ipertensione arteriosa sistemica ed ipersonnia diurna. Ciò suggerisce l'importanza di indagare un eventuale disturbo del sonno nei soggetti che lamentano questi sintomi. Inoltre si deve sottolineare che l'OSAS nel paziente anziano interferisce con aspetti che presentano un notevole impatto sulla qualità della vita.

Bibliografia

Endeshaw Y. Clinical characteristics of obstructive sleep apnea in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc 2006;54:1740-4.

Young T, Shahar E, Nieto FJ et al. Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. Arch Intern Med 2002;162:893-900.

Tishler PV, Larkin EK, Schluchter MD et al. Incidence of sleep-disordered breathing in an urban adult population: the relative importance of risk factors in the development of sleep-disordered breathing. JAMA 2003;289:2230-7.

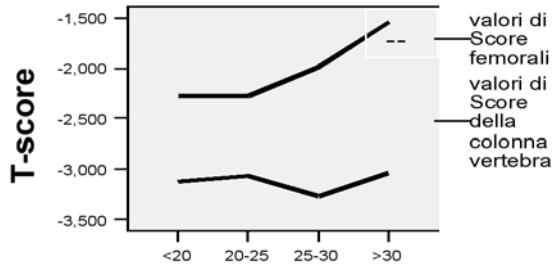
Prevalenza dell'osteoporosi in una popolazione di donne in postmenopausa: quali differenze a livello lombare e femorale

M. Rebecchi[1], M. Turci[1], F. Neviani[1], D. Sancarlo [1], L. Belloi [1]

[1] Università di Modena e Reggio Emilia, Cattedra di Geriatria

Scopo. Le linee diagnostiche dell'organizzazione Mondiale per la sanità per l'osteoporosi si basano sulla densitometria ossea eseguita a livello della regione femorale e vertebrale lombare. Nella pratica clinica è tuttavia frequente il riscontro di una discrepanza di valori a livello dei due siti. l'obiettivo dello studio è quello di valutare se esiste una differenza di sensibilità diagnostica nella densitometria a raggi X (DXA) eseguita a livello della colonna e del femore e, se è presente, in quali gruppi di soggetti si manifesta maggiormente, in modo da indirizzare in modo specifico le indagini diagnostiche. È noto inoltre che la densità di massa ossea è influenzata dal carico di peso che riceve l'osso. Ci si chiese dunque che effetto potesse ave-

Fig. 1.



re il valore di BMI sui diversi valori di T-score e, se essere in soprappeso o francamente obeso potesse influire positivamente sul T-score del femore piuttosto che sulla colonna dal momento che il peso in eccesso grava maggiormente sul bacino.

Materiali e metodi. È stata valutata una popolazione di 1080 donne in post menopausa con età media 62,6 ± 6,8 che si sono presentate consecutivamente presso il nostro centro per una valutazione di routine dal gennaio 2006 al maggio 2007. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad una DXA a livello femorale e a livello lombare e ad una valutazione multidimensionale e alla raccolta dei dati anamnestici. Sono stati valutati i livelli di T-score e sulla base di questi le pazienti sono state suddivise in tre gruppi: 1)normali 2) ostepeniche 3) osteoporotiche. È stato poi calcolato il Delta-Tscore inteso come differenza tra il T-score della colonna e quello del femore che presentava valori negativi qualora il T-score della colonna fosse più negativo di quello del femore.

Risultati. La prevalenza dell'osteoporosi, valutando solo a livello femorale, era del 12,25% dei casi mentre, valutando solo a livello lombare era del 34,27%. Considerando entrambi i siti la prevalenza saliva soltanto al 36,92% dei casi di osteoporosi. Sono poi state eseguite analisi statistiche utilizzando il modello della regressione lineare e dell'anova.

Utilizzando tutto il campione di soggetti (normali, ostepenici e osteoporotici) si è cercato quali fattori di rischio correlassero in modo significativo con il T-score dei due siti anatomici analizzati. Il T-score della colonna risulta essere più negativo all'aumentare dell'età e più positivo all'aumentare del BMI e dall'età della menopausa,($p < 0,005$) in accordo con i dati di letteratura. Il T-score del femore, invece, risulta influenzato solo dall'età e dal BMI ($p < 0,005$). Considerando i tre gruppi (normali, osteopenici, osteoporotici) vi sono significative differenze di valori di delta T-score, passando da una media di 0,24 nei normali a una media di -1,09 negli osteoporotici, indicando che in questo gruppo il valore di T-score della colonna è quasi sempre più negativo rispetto a quello del femore.

Analizzando la sola popolazione osteoporotica si è potuto notare che sul T-score del femore influisce in modo significativo sia l'età sia i livelli di BMI ($p > 0,005$), mentre sul T-Score della colonna solo l'età risulta correlare significativamente (*come mostra il grafico*).

Conclusione. Come si era valutato nell'esperienza clinica, esiste in molti casi una significativa discordanza tra i valori di T-score della colonna e del femore e tale differenza si amplifica maggiormente per i soggetti osteoporotici. Nella popolazione generale il T-score della colonna è influenzato da età, BMI ed età della menopausa, mentre il T-score del femore dall'età e dal BMI. Nella sola popolazione osteoporotica, invece, il peso sembrerebbe influire solamente sui valori di T-score femorali. Tale dato merita ulteriori approfondimenti. Si può concludere che, pur rimanendo utile ai fini della diagnosi la rilevazione in entrambi i siti, la colonna risulta più sensibile del femore in particolare per i soggetti in soprappeso o obesi.

Bibliografia

J Clin Densitom 2005;8:206-15.
Osteoporos Int 1996;6:462-70.
Public Health 2006;120:863-71.
Osteoporos Int 2003;14:13-8.

Prevalenza della trombosi venosa profonda prossimale, asintomatica, degli arti inferiori in anziani allettati ricoverati.

M.A. Rechichi, F. Tisato, M. Noale[1], S. Bertolio, M. C. Sanzari[2], G. Nante, G. Enzi

Clinica Geriatria-Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; [1]CNR-Istituto di neuroscienze, sez. di Padova-Invecchiamento; [2]Medicina di Laboratorio Azienda ULSS, Padova

Scopo. Prevalenza della TVP; patologie concomitanti; utilità del D-dimero.

Materiali e metodi. 130 ricoverati, allettati da almeno 7 giorni. Esclusi: storia di TVP, in TAO, con prognosi quoad vitam < 15 giorni, sospetto clinico per TV. Tempi: T0 (ingresso); esecuzione di ecodoppler+CUS e D-dimero; T7 (dopo 7 giorni): ripetizione di CUS e D-dimero a quei pazienti con CUS negativa al T0.

D-dimero: metodica Autodimer Biopool Dasit, ecodoppler: AU 4 Idea Toshiba, sonda da 7,5 MHz.

Risultati. Caratteristiche per CUS positiva/negativa al T0 e al T7.

Conclusione. 21 pazienti su 130 (16.1%), hanno una TVP al T0; i neoplastici sono un sottogruppo a cui porre attenzione. Non è significativa la durata dell'allettamento. Per prevenire una TVP è necessario trattarne 6, per un tempo e con aumento del rischio emorragico imprecisato. Il D-dimero potrebbe orientare nel sospetto di TVP durante il ricovero (ratio T7/T0). Non vi sono TVP per D-dimero < 500 μg/L (cut-off 225): ciò porterebbe laspecificità del test dal 12.8% al 31.2%, con risparmio di risorse nella diagnosi di TVP.

	T0-CUS -	T0-CUS +	p-value	T7-CUS+
Sesso M	16 (14.7%)	4 (19.1%)	ns*	1
Sesso F	93 (85.3%)	17 (80.9%)	ns	4
Età	85.6 ± 7.2	87.7 ± 5.4	ns**	83.6 ± 4.1
Durata allettamento				
(M ± DS), giorni	321 ± 546	444 ± 587	ns**	80 ± 91
Diagnosi ingresso (%)				
- infezione	43.1	33.3	ns***	3
- IMA/scompenso cardiaco	17.4	4.8		0
- disidratazione	4.6	19.1		1
- altro	34.9	42.9		1
Patologie concomitanti (%)				
- ipertensione arteriosa	66.1 52.4			5
- demenza	55.1 42.9			
- infezioni	51.4 33.3			1
- diabete	21.1 19.1			
- ictus (pregresso)	20.2 23.8			2 (obesità)
- cardiopatia ischemica	19.3 23.8			
- FA cronica	16.5 28.6			
- BPCO	14.7 23.8			
- scompenso cardiaco	17.4 4.8			
- neoplasia in atto	11.0 28.6 0.03*			
- altre	56.1 80.5			
Profilassi antitrombotica (%)				
- aspirina	30.3 38.1 ns*			0
- LMWH (prericovero)	35.8 9.5 0.018			1
D- dimero				
- T0 (M ± DS)	1250 ± 1667 2107 ± 1623 0.0322			3161 ± 1716
- T0 (Mediana)	797 1821 0.009***			3215
- T7 (M ± DS)				≥2
- T7 (Mediana)				
- T7/T0				

*chi² test; **Levene's test; ***test della mediana.

Cure palliative domiciliari: elaborazione di possibili metodiche di valutazione dello stato di malnutrizione; graduale perfezionamento di figure professionali con specifiche competenze a garantire efficacia e sicurezza alla nutrizione artificiale nel paziente anziano

M. Renzullo, T. Cillis, F. Dinardo, G.B. Bochicchio, P. Quaranta, R. Autunno, T. Tartaglia, A.R. Grieco, R. Digrisolo, C. Glionna, G. Corona

Unità di Terapia del Dolore, Cure Palliative e Oncologia Critica Territoriale – ASL 1 – Ospedale di Melfi (PZ)

Lo stato nutrizionale del paziente oncologico e del paziente cronico non oncologico, rispettivamente nelle forme più a rischio di sviluppare un quadro di malnutrizione, deve essere valutato all'inizio dell'iter diagnostico terapeutico e monitorizzato durante tutta la malattia.
La concomitante presenza di malnutrizione aumenta il rischio di insorgenza di complicanze e dunque può modificare significativamente la prognosi. La nutrizione artificiale (NA), meglio definita come "Supporto Nutrizionale", si instaura ogni volta si ritiene che la nutrizione fisiologica non può o non deve essere utilizzata. In linea di massima distinguiamo: la Nutrizione Parenterale Periferica(NPP), Nutrizione Parenterale Centrale (NPC) e poi la Nutrizione Enterale (NE). Le indicazioni alla nutrizione parenterale ed enterale si basano su studi in cui il beneficio derivante da esse si è dimostrato superiore ai possibili rischi rappresentati dalle complicanze connesse: infezione della linea venosa, sepsi, squilibri idro-elettrolitici e metabolici e disfunzioni organiche. La valutazione dello stato nutrizionale richiede l'utilizzo di metodiche e di indicatori diagnostici molteplici, nessuno di essi possiede da solo i requisiti idealmente richiesti, difatti: 1) non c'è una definizione clinica universalmente accettata 2) tutti i parametri sono influenzati dallo stato di malattia e dall'età del paziente e 3) è difficile stabilire l'influenza sulla prognosi della malnutrizione indipendentemente da quella della malattia. Abitualmente si utilizzano tecniche antropometriche, bioumorali, biochimiche, test standardizzati e valutazione clinica.
Scopo dello studio. Le metodiche di nutrizione artificiale devono garantire al paziente oncologico e cronico non oncologico la massima efficacia e sicurezza. Per raggiungere

questi obiettivi abbiamo elaborato, in linea con la letteratura esistente, le possibili metodiche di valutazione dello stato di malnutrizione e il graduale perfezionamento di figure professionali con competenze diverse, in grado di offrire prospettive e punti di osservazione differenti ma tuttavia complementari.
Materiali. I dati rilevati nel nostro studio nell'arco di quattro anni, si riferiscono ad un totale di 649 pazienti terminali di cui 511 oncologici e 138 cronici non oncologici; abbiamo esaminato per ogni singolo anno oltre alle molteplici problematiche sanitarie e psicologiche lo stato di malnutrizione.

Utilizzazione di uno strumento infermieristico per la valutazione della effettiva assunzione dei pasti nell'anziano ospedalizzato

G. Resta, A. Bresciani, C. Pifferi, M. Luca, C. Mussi
Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia e Azienda USL di Modena

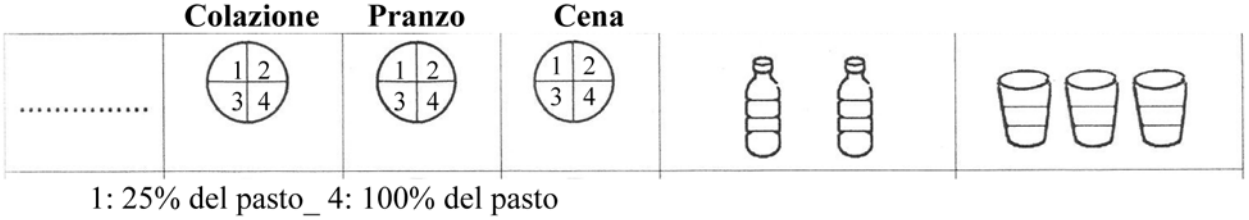
Introduzione. È problema quotidiano la difficoltà di valutare correttamente lo stato nutrizionale desumibile dai parametri antropometrici e l'assunzione della dieta nell'anziano ospedalizzato. Il peso e l'altezza non raramente mancano nelle cartelle di ricoverati allettati. Scopo dello studio è la valutazione dei risultati ottenuti applicando un protocollo oggettivo di rilevazione dell'assunzione dei pasti in un reparto per acuti.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 83 soggetti consecutivamente ricoverati in un mese presso l'U.O. di Geriatria di Modena (età media: 85.4 ± 7.1 anni, 61.4% femmine). Nella raccolta della casistica il personale infermieristico e gli operatori socio-sanitari (OSS) ha partecipato attivamente alle rilevazione del fabbisogno calorico, del peso, dell'altezza e alla compilazione della scheda di rilevazione. Ad ogni paziente è stata prescritta una dieta in base al fabbisogno calorico basale più le calorie richieste dalle condizioni acute in atto e dalla sua mobilità.
Per ogni paziente è stato compilato dal personale infermieristico e degli OSS un questionario (figura 1) per valutare oggettivamente le quantità di cibo e di acqua introdotte quotidianamente e la presenza di disfagia; il paziente o, se non collaborante, il caregiver, hanno fornito informazioni sul gradimento dei tre pasti. La rilevazione è stata effettuata per una settimana. In ogni scheda è stato riportato il tipo di dieta ed il contenuto calorico giornaliero. I giorni di digiuno causati da indagini strumentali sono stati eliminati dall'analisi.
Risultati. Il 100% dei pazienti che riferivano disfagia in almeno uno dei tre pasti (12 soggetti, 14,4% del campione) assumevano una dieta a consistenza modificata (cremosa o tritata, con aggiunta di addensanti). Il 34,8% dei pazienti necessitava di aiuto totale nell'alimentazione, il 12,4% necessitava di aiuto solo parziale.
I dati raccolti mostrano che i pazienti che gradiscono i pasti tendono ad assumerli per intero (90% dei casi); nel 10% dei casi il pasto non risulta gradito e pertanto non viene assunto, indipendentemente dalla presenza di disfagia. Il peso e il Body Mass Index non sono significativamente diversi nei pazienti che si alimentano, rispetto a quelli che non si alimentano.
Molti pazienti non assumono quote adeguate di liquidi, indipendentemente dalla presenza di disfagia: il 37% assume meno di mezzo litro di acqua al giorno. Tutti i pazienti con disfagia assumono almeno una confezione di acqua gelificata (91 g di acqua/100 g) ai tre pasti principali.
Conclusioni. La prescrizione della dieta è precisa e dettagliata in presenza di un servizio ospedaliero centralizzato; la procedura utilizzata risulta estensibile su larga scala ed in grado di evidenziare non solo la disfagia, ma anche le preferenze gustative dei pazienti. Il questionario inserito nel sistema informatizzato ospedaliero (cartella infermieristica informatizzata) consente di precisare le attitudini e le tendenze alimentari dei pazienti anziani ricoverati nei reparti per acuti.

La reminiscenza come strumento educativo per sostenere il familiare del demente – il progetto "Gita nella memoria"

G. Ricci[1 2], P. Cosso[1 2], P. Pagliari[1 2],B. Sacchetti [1 2], C. Ferrario[1 2], A.B. Ianes[2]
[1] RSA Villa San Clemente, via Garibaldi 77, Villasanta(MI); [2] Gruppo SEGESTA

Scopi. 1. Iniziare un percorso che attraverso la "reminiscenza" coinvolga la famiglia del soggetto demente in senso attivo al fine di contenere stati di ansia e depressione dei caregiver; riorganizzare il sistema familiare per far fronte alla malattia di un suo componente. **2.** Rinsaldare le relazioni familiari e sociali in un momento di tensione dovuto alla demenza e all'istituzionalizzazione del famigliare riappropriandosi, attraverso il ricordo, della propria storia familiare. **3.** Valorizzare e stimolare le capacità residue dell'ospite in un ambiente accogliente e sereno aiutandolo ad affrontare la situazione e a reagire in modo appropriato dimostrando loro che, agli occhi dei propri familia-

Fig. 1. Scheda di rilevazione (schema)



ri, continuano e continueranno ad essere persone complete e degne di stima.
Materiali e Metodi. Sono stati inclusi nella ricerca soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da deterioramento cognitivo di grado lieve – moderato, che abbiano un famigliare disponibile a collaborare col progetto. Tutti i soggetti selezionati sono sottoposti dai medici dell'equipe ad una batteria neuropsicologica standardizzata atta a confermare la diagnosi di demenza e il grado lieve-moderato del deterioramento cognitivo. Criteri di Esclusione: deterioramento cognitivo di grado severo; presenza di disturbi psichiatrici o del comportamento, che impediscano ai soggetti di collaborare o rendano gli stessi di disturbo agli altri partecipanti; assenza di famigliari collaboranti.
Ai famigliari coinvolti nel progetto viene richiesta, prima del primo incontro, la compilazione di tre scale di valutazione (Brief Symptom Inventory, Caregiver Burden Inventory e Relatives' Stress Stress Scale) che dovranno ricompilare al termine degli incontri.
Il progetto, condotto da un'equipe composta da due animatrici, uno o più volontari e il/i familiari del malato consiste in 8 - 10 sedute della durata di 45 minuti a cadenza bisettimanale. Le riunioni avvengono in un luogo tranquillo, confortevole e di facile accesso. La rilevazione dei dati avviene attraverso l'uso di schede di valutazione, questionari, scale di misurazione, appunti, riprese video.
Ogni seduta è a tema: *ricordi d'infanzia, come era bello giocare, la scuola, il mondo del lavoro, adolescenza e primo amore, il matrimonio, i figli*. L'ultima seduta servirà a riesaminare la situazione vissuta e a verificare i cambiamenti intercorsi nel corso degli incontri, mediante la somministrazione ai famigliari delle scale di valutazione compilate prima dell'inizio del progetto.
Conclusioni. Con questo progetto ci si propone di rendere gratificante per i soggetti affetti da deterioramento cognitivo e per i loro familiari, un percorso teso a rinsaldare il legame affettivo già esistente, senza mutare la propria persona e ciò che si sta guardando. I malati e i familiari possono e devono interagire e sperimentare attività e modi nuovi per condividere momenti, donarsi un sostegno reciproco ed affrontare l'esperienza di una malattia che mette senz'altro a dura a prova l'intera famiglia. Il tentativo del progetto è quello di far vivere in modo meno drammatico la situazione connessa con la malattia, facendo emergere l'idea che pur nel cambiamento connesso con la demenza, il proprio caro è pur sempre la stessa persona.

Il test dell'orologio: utile strumento di screening nel deterioramento cognitivo lieve

M. Ricci, M. Pigliautile, P. Rinaldi, E. Costanzi, C. Bianchini, S. Leonardi, P. Mecocci

Sezione di Gerontologia e Geriatria – Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale – Università di Perugia

Scopo. Il test dell'orologio (CDT) è un test di screening largamente utilizzato nella valutazione del deterioramento cognitivo della popolazione affetta da demenza. Risulta più controversa, invece, la capacità discriminativa del CDT tra i soggetti anziani cognitivamente integri e soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI). Nel presente studio abbiamo analizzato tutti i tipi di errori ottenuti da soggetti anziani cognitivamente sani, affetti da MCI e da demenza di Alzheimer (DA) con lo scopo di individuare una tipologia di errore che fosse maggiormente distintiva di un determinato gruppo diagnostico. Da una analisi degli errori, è stata costruita una nuova scala per lo scoring del CDT.
Metodi. Sono stati arruolati 283 soggetti (79 DA, 95 MCI and 89 anziani cognitivamente integri). Tutti gli errori sono

Brief Scoring Of The Clock Drawing Test

OMISSION (hands and/or numbers)
0 = no omissions;
1 = omission of one number;
2 = omission of two numbers and/or one hand;
3 = omission of two numbers and/or two hands;
4 = omission of four numbers;
5 = omission of 5 numbers or more;
DISTORTION (hands and/or numbers)
0 = no distortion;
1 = mild distortion of the numbers and/or the hands (of one position);
2 = moderate distortion of the numbers and/or the hands (of two positions);
3 = distortion of the numbers and/or the hands (of three positions; the numbers could be positioned outside the circle);
4 = severe distortion of the numbers and/or the hands (the numbers are positioned in the half of the circle);
5 = random position of the numbers;
CODE (hands and/or numbers)
0 = no error code;
1 = a part of the number are in a different code (es.: roman and arabic code);
2 = two numbers in a different code (es. 13, 14);
3 = three numbers in a different code (13, 14, 15);
4 = all the numbers in a different code (12, 13, 14, 15,….23, 24);
5 = all the numbers in a different code (12, 13, 14, 15,….23, 24) and/or the time in analogic code.

stati valutati in cieco seguendo due parametri: tipologia e grado di severità, in base a una scala Likert a 6 livelli (0-5). Dall'analisi fattoriale sono stati estratti tre fattori: omissioni, distorsione, errori di codifica. È stata quindi costruita una scala a tre dimensioni con diversi livelli di gravità (con una scala Likert a 5 punti). Sono stati valutati in cieco le prestazioni al CDT di 247 soggetti (52 soggetti anziani sani, 95 MCI CDR: 0.5; 19 DA CDR: 0,5; 79 DA CDR: 1), individuate le differenze significative tra i gruppi diagnostici e calcolata la sensibilità e specificità della nuova scala.
Risultati. L'età e la scolarità media dei soggetti anziani cognitivamente sani era di 72.1 (± 7,8) e 8.5 (± 4,7) anni, rispettivamente, con un MMSE di 28.6 (± 1.5); gli MCI avevano una età media di 75.2 (± 5.8) ed un livello di scolarità media di 7.4 (± 4.7) anni, il MMSE era di 26.6 (± 2.2); i DA (CDR: 0.5) avevano una età media di 75.6 ed un livello di istruzione di 5.0 (± 5.2), con un MMSE di 24.6 (± 2.3); i DA (CDR: 1) avevano una età media di 76.5 (± 5.5), un livello di istruzione medio di 5.2 (± 3.5) anni e un MMSE di 22.2 (± 3.2). Il dato interessante è che la dimensione che maggiormente e progressivamente peggiora in modo statisticamente significativo ($p < 0.01$) tra i diversi gruppi considerati è la distorsione (controlli sani: M: 0.73(± 0.74); MCI: M: 2.22(± 1.16); DA (CDR: 0.5) M: 2.42(± 1.2); DA (CDR: 1) M: 2.92 (± 1.03). Il nuovo metodo di scoring del CDT ha mostrato una buona capacità discriminativa tra gli anziani cognitivamente sani e i MCI (77.2%), con il 90.2% di anziani sani ed il 70.2% di MCI correttamente classificati. Risulta buona anche la sensibilità (73.4%) e la specificità (88.2%) con un cut-off di 2 (del punteggio totale). La sensibilità migliora ulteriormente se consideriamo i soggetti normali ed i DA (sensibilità 94.9% e specificità 88.2% con un cut-off di 2).
Conclusioni. In letteratura esistono dati controversi circa la sensibilità e specificità del CDT tra MCI e soggetti anziani normali, in base ai metodi di scoring attualmente pubblicati. Il nostro studio propone un nuovo e breve metodo di scoring che possiede una buona sensibilità e specificità. Inoltre, tale metodo risulta di facile utilizzo anche per i clinici non specializzati.

Prevalenza di pazienti affetti da demenza e da Alzheimer in un territorio del nord Italia: progetto di elaborazione di un registro delle demenze

G. Ricevuti[3], E. Sinforiani[1], P. Perotti[2], G. Iannello[2], G. Cuzzoni[3], A. Citterio, P. Piana[3], A. Malusà[3], F. Forlani[3], M. Fodaro[3], A. Rossi[3], P. Vitali Mazza[3], G. Nappi[1]

[1]IRCCS C. Mondino Istituto di Neurologia; [2]ASL Pavia Servizio Locale di Sanità; [3]Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR S. Margherita, ASP Pavia

La demenza e il declino cognitivo sono emergenze sanitarie reali, in particolare nei paesi sviluppati dove crescono le aspettative di vita e diminuiscono le nascite con un conseguente aumento della popolazione anziana di circa il 200% per i prossimi 30 anni. Una valutazione attenta dell'incidenza, prevalenza e gravità delle demenze è cruciale non solo per una migliore conoscenza della malattia, ma anche per indirizzare le risorse con maggior efficacia, dal momento che tale malattia mette a dura prova le capacità mediche ed ha implicazioni sul benessere.

Scopo. La provincia di Pavia (Italia del Nord), ha un'alta percentuale di popolazione che supera i 65 anni; pertanto, lo scopo dello studio è di valutare la prevalenza sia della malattia di Alzheimer sia di altri tipi di demenza nella nostra provincia alla scopo di acquisire dati preliminari per elaborare un registro delle suddette patologie.
Materiali e metodi. È stato creato al computer un data-base che aveva lo scopo di classificare con un codice ICD9 per demenza o Alzheimer tutti i residenti della provincia di Pavia che ricevevano cure mediche e sociali. I residenti con tali caratteristiche sono stati monitorati da Gennaio 2005 a Dicembre 2005. Le fonti di dati erano pazienti dimessi dagli ospedali, il flusso di prescrizioni farmacologiche, un data base di pazienti mandati da uno specialista ed un data base di esenzione ed aiuto del Servizio Sanitario Locale.
Risultati. Abbiamo analizzato 4488 soggetti (1116 maschi, 25% e 3372 femmine, 75%) con demenza, di questi, 1029 con Alzheimer, 2089 con demenza senile, 1190 con demenza vascolare e 180 con altri tipi di demenza. La prevalenza di demenza e Alzheimer aumentava vertiginosamente con l'avanzare dell'età (95% dei pazienti≥ 65anni) ed era considerevolmente più alta nelle donne. Nel nostro studio la prevalenza di demenza era del 3,64% con un intervallo di confidenza tra 3,53 e 3,75 (maschi 2,91%; femmine 4,59%; intervallo di confidenza 2,92-2,83 e 4,43-4,74 rispettivamente) simile alla prevalenza in Europa.
La prevalenza di Alzheimer risultava dai nostri dati dello 0,84% con un intervallo di confidenza tra 0,79 e 0,89 (maschi 0,52, femmine 1,05, intervallo di confidenza 0,46-0,59 e 0,97-1,12, rispettivamente), considerevolmente più bassa rispetto ai valori rilevati in Italia (2,5%) ed in Europa (4%).
Conclusioni. La scarsità di criteri uniformi di analisi è stata ritenuta la maggior causa di una sottostima della prevalenza di Alzheimer, così l'adesione a criteri diagnostici internazionali e standardizzati da parte dei medici generali e degli specialisti ed una più stretta collaborazione con esperti coinvolti in processi di monitoraggio potrebbe contribuire notevolmente a migliorare la qualità dei dati.

Qualità della vita durante il trattamento con teriparatide nell'osteoporosi senile severa

M. Rizzotto[1], M. Calitro[2], E. Russo[3], B. Pastiglia[1], S. Grasso[1], G. D'urbino[1], S. Manuele[1], S. Strano[1], F. Lo Giudice[1], C. Mamazza[1], D. Maugeri[1]

[1]Geriatria Università di Catania; [2]Geriatria Canosa (Ba); [3]Geriatria Patti (Me)

Si definisce osteoporosi severa, quella condizione in cui i pazienti subiscono un'ulteriore frattura vertebrale o femorale non dovuta a traumi efficienti in corso di trattamento consolidato da almeno un anno con antiriassorbitivi. La terapia dell'osteoporosi si basa sull'utilizzo di diverse categorie di farmaci.In questo studio riportiamo la nostra esperienza relativa all'utilizzo del rhPTH (1-34) nel trattamento di pazienti in età senile, affetti da osteoporosi severa. Il nostro campione è costituito da 141 donne anziane, affette da osteoporosi severa, con un numero medio di fratture di 3 ± 0,85, con un SDI medio di 5,92 ± 1,27, con una età media 73,43 ± 5,77 anni, con T-SCORE medio alla Colonna > -3.15 ± 0,39 e con T-SCORE medio al Femore > -2.5 ± 0,28, già in trattamento con antiriassorbitivi da al-

Tab. I.

Terapia Pregressa n. casi	T-Score e BMD basale	T-Score e BMD 12 mesi	T-Score e BMD 18 mesi	T-Score e BMD 24 mesi	SCORE Qualeffo mesi 0,6,12,18,24	Consumo Di FANS mesi 0,6,12,18.24
Al. 70	(L1-L4)	(L1-L4)	(L1-L4)	(L1-L4)	547 ± 70	131/141 = 93%
	-3,15 ± 0,39	-2,90 ± 0,15	-2,80 ± 0,22	-2,76 ± 0,20	400 ± 66	50/141 = 35%
Ris. 42	593 ± 58 mg/cm2	(var.% = -7,9)	(var.% = -11,1)	(var.% = -12,4)	353 ± 76	40/141 = 28%
					304 ± 68	30/141 = 21%
Ral.29	Femore in toto	647 ± 54 mg-cm2	659 ± 54 mg/cm2	665 ± 52 mg/cm2	320 ± 54	32/141 = 23%
	-2,50 ± 0,28	(var.% = +8,4)	(var.% = +11,1)	(var.% = +12,1)		
	600 ± 62 mg/cm2					
		Femore in toto	Femore in toto	Femore in toto		
		-2,40 ± 0,44	-2,32 ± 0,62	-2,22 ± 56		
		(var.% = -4)	(var.% = -7,2)	(var.% = -11,2)		
		625 ± 54 mg/cm2	645 ± 62 mg/cm2	668 ± 58 mg/cm2		
		(var.% = +4,2)	(var.% = +7,5)	(var.% = + 11,3)		

meno 12 mesi, di cui 70 con Alendronato 70 mg/w, 42 con Risedronato 35 mg/w, 29 con Raloxifene 60 mg/die. Le pazienti del nostro studio, seguite per 24 mesi, sono state trattate per 18 mesi con 20 μgr/die di rhPTH (1-34) s.c. ed un supplemento giornaliero di 1 gr. di Calcio e 800 U.I. di Vitamina D per os e per i successivi 6 mesi hanno ricevuto solamente 1 gr. di Calcio e 800 U.I. di Vitamina D per os. All'inizio dello studio (tempo 0), a 12,18 e 24 mesi (6 mesi dopo la fine del trattamento con Teriparatide) è stata eseguita una MOC (Dexa-Lunar-DPX-P) alla colonna lombare, tratto L1-L4, ed una MOC al femore, abbiamo valutato la qualità della vita somministrando un questionario (qualeffo 41 items) ed infine è stato preso in considerazione il consumo di FANS durante i 2 anni. I risultati sono riportati nella Tabella I.

Le conclusioni che ci sentiamo di poter fare al termine del periodo di osservazione sono che, la terapia con Teriparatide incrementa in modo considerevole la densità minerale ossea espressa sia in termini di T-Score che di BMD, migliora la qualità della vita,riduce il consumo di FANS, contrasta l'insorgenza di nuove fratture, infatti durante il periodo d'osservazione,si sono verificate nuove fratture, soltanto in 5 pazienti su 141 (protezione del 96,5%). Nei successivi 6 mesi dall'interruzione del trattamento, si è evidenziato ancora un lieve incremento del contenuto minerale osseo a livello della colonna (tratto L1-L4)), mentre a carico del femore l'incremento percentuale sembra essere maggiore, e la qualità della vita ha continuato ad essere buona.

"RSA come integrazione dei servizi di assistenza all'anziano ": il modello di AURA nella RSA Madonna della Pace ad Andria

V. Roca[1], O. Boffetti [2], F. Mastroianni[3]

[1] Amministratore delegato Aura s.r.l, [2] Ingegnere, [3] Geriatra, Coordinatore Sanitario RSA Madonna della Pace, Andria (BAT)

Introduzione. La sempre maggiore esigenza di multidisciplinarietà ed il bisogno di semplificare il percorso delle cure extraospedaliere per il soggetto anziano non autosufficiente, ha determinato la volontà di realizzare un nuovo modello per la lungo-assistenza. La realizzazione di una struttura polifunzionale in grado di rispondere in modo adeguato alle diverse domande assistenziali. È l'esempio di come la cultura geriatrica, basata sulla metodologia multidimensionale, si possa applicare anche alla fase di progettazione e di realizzazione dei luoghi della cura.

Materiali e metodi. È stata realizzata una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di 60 posti letto, inserita in un progetto più ampio che vede nella stessa sede presenti: un nucleo Alzheimer da 20 posti letto, un Centro Diurno per soggetti affetti da demenza lieve-moderata, da 20 posti, ambulatori per la diagnosi e la riabilitazione cognitiva, laboratori di musicoterapia integrata, la base operativa per l'Assistenza Domiciliare integrata (ADI), un centro permanente per la formazione professionale ed infine un centro di ricerca collegato all'Università. Il progetto, realizzato con le innovative tecniche di progettazione residenziale, ha visto la stretta collaborazione di diverse figure professionali. Multidisciplinare dunque anche nella fase di progettazione e realizzazione e non solo nella gestione socio-sanitaria. Ingegnere, architetto, geriatra, istituzioni e volontariato, hanno condensato in un progetto unico il modello assistenziale integrato per la gestione complessiva dell'ospite e della famiglia con lo sguardo rivolto cioè alla persona e non alla malattia.

Risultati. Il progetto si basa sul concetto integrazione, in uno stesso luogo, di attività diverse ma complementari, utili al paziente in tutto il suo percorso di malattia. La presa in carico complessiva dell'ospite e delle esigenze della sua famiglia attraverso luoghi di cura diversificati e d adattati alle esigenze mutevoli del paziente, anche dello stesso paziente. Si realizza così un *percorso* di cure che va dalla gestione residenziale della non autosufficienza, alla gestione ambulatoriale della disabilità. Il percorso giunge fino al domicilio del paziente e pone l'attenzione in modo elettivo alle patologie degenerative del sistema nervoso della centrale ed in particolare alle demenze. La gestione del paziente affetto da demenza prevede infatti una inte-

grazione dei servizi di assistenza che devono essere tarati in base al grado di compromissione del soggetto ed in base alle esigenze della famiglia. Nucleo Alzheimer dunque per la gestione h 24 del paziente, Centro Diurno per la gestione h 12, ambulatori per la diagnosi e la riabilitazione cognitiva, ADI per poter mantenere il soggetto al proprio domicilio e rinviare la istituzionalizzazione. Un sistema fluido, nel quale ogni soggetto può accedere ai diversi servizi, a seconda delle reali esigenze del momento. Attenzione particolare è stata posta alla formazione del personale sempre più necessaria per offrire servizi di qualità e garantire efficacia terapeutica. Il Centro permanente di formazione realizza così la immediata integrazione della componente teorica e di quella pratica in uno stesso luogo permettendo agli operatori la massima acquisizione delle tecniche e delle metodologie assistenziali *sul campo*. Infine la componente di ricerca; essa si realizza attraverso le convenzioni che la RSA ha stipulato con le sedi Universitarie di Bari e Foggia, che hanno come obiettivo non solo l'attenta applicazione dei protocolli sperimentali ma anche la possibilità di svolgere tirocini formativi per le varie scuole di specializzazione. La creazione di un Comitato Etico all'interno della RSA e l'integrazione con le associazioni di volontariato conferiscono al modello organizzativo le caratteristiche funzionali adeguate per poter applicare al meglio tutte le conoscenze in ambito socio-assistenziale ed erogare servizi di elevata qualità ed efficacia.

Conclusioni. La creazione di un modello integrato di cure in ambito extraospedaliero, primo in Puglia, ha come obiettivi, tra gli altri, la riduzione dei ricoveri impropri e la gestione del paziente in tutte le fasi di malattia. Il personale di assistenza, guidando il paziente attraverso i diversi servizi, compie, a nostro avviso, per intero la propria missione assistenziale e finalizza le proprie risorse e le proprie competenze sul soggetto e non solo sulla malattia. Consapevoli che una stretta osmosi con il proprio domicilio possa rendere più efficaci le cure e minimizzare il disagio per la famiglia e per il paziente, crediamo che la realizzazione di poli di residenzialità di questo tipo, siano un modello innovativo, almeno alle nostre latitudini, ed efficace di assistenza al soggetto geriatrico nelle varie fasi della malattia.

Deficit di vitamina D3 in anziani residenti in casa di riposo

G. Romanato[1], S. Maggi[1], S. Zanoni[1 2], G. Limongi[1], M. Noale[1], G. Crepaldi[1]

[1]CNR, Istituto di Neuroscienze, Sezione Invecchiamento, Padova; [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Il deficit di vitamina D3 è una condizione altamente prevalente nella popolazione anziana (1, 2), ed è dovuta ad una inadeguata esposizione alla luce solare ed uno scarso apporto alimentare di vitamina D3. Nella popolazione anziana residente in casa di Riposo è frequente il problema della malnutrizione, intesa come introito alimentare inadeguato e deficit di micronutrienti, e può interessare fino ad un terzo dei soggetti residenti (3). Inoltre le fratture osteoporotiche sono due volte più frequenti nella popolazione residente in Istituto per anziani rispetto a quella residente a domicilio (4). L'obiettivo di questo studio è di valutare le cause prevalenti di malnutrizione nell'anziano, individuare interventi nutrizionali adeguati, e l'effetto di tali interventi sullo stato di salute e sulla qualità di vita dell'anziano residente in Istituto per anziani a Padova.

Soggetti e Metodi. Sono stati valutati un gruppo di 25 anziani fragili (22 donne, 3 uomini), e 26 anziani autosufficienti (16 donne, 10 uomini), residenti nella Casa Riposo da almeno sei mesi. Venivano esclusi dallo studio i soggetti portatori di Nutrizione Parenterale Totale, Port-a-cath, pazienti gravemente dementi. È stata svolta un valutazione globale dello stato di salute, per mezzo di un q*uestionario* sulle abitudini e stili di vita, fattori di rischio di malnutrizione, intervista ed esecuzione di test validati (GDS, SNAQ, CIRS, Barthel Index, SPMSQ, FPSR, QUID). È stata inoltre eseguita una *Valutazione clinic* con rilievo delle misure antropometriche, esame obiettivo del cavo orale, edemi, piaghe, esame neurologico, esecuzione test dell'acqua per la disfagia, test funzionali per valutazione della forza degli arti superiori, l'anamnesi patologica e farmacologia, ed infine una *Valutazione nutrizionale*: valutazione dieta usuale, MNA, analisi di impedenza bioelettrica BIA per valutazione della composizione corporea. Tutti i pazienti che hanno dato il consenso alla sperimentazione hanno inoltre eseguito un prelievo venoso per valutare eventuali alterazioni ematiche legate a carenze nutrizionali, tra cui sono stati dosati macro e micronutrienti, vitamina D3, Calcio Fosfato.

Risultati. I soggetti fragili hanno un'età media 89 ± 6 anni, i soggetti autosufficienti hanno età media di 84 ± 6 ($p = 0.016$). Nel gruppo di soggetti fragili, il valore medio di vitamina D3 plasmatica (25 idrossicalciferolo) è risultato essere 13,5 ± 7,8 nMol/l, nei soggetti autosufficienti di 18,3 ± 10 nMol/l ($p = 0.07$) (0-30 carenza, 30-80 insufficienza). La prevalenza quindi di carenza di vitamina D3 è risultata essere del 96% nel gruppo di anziani fragili e dell'84,6% tra gli anziani autosufficienti. Non sono state trovate anomalie nei valori ematici medi di calcio e fosforo nei due gruppi. È stato pertanto somministrato DIBASE 300.000 UI per os in mono-somministrazione ai soggetti che non avevano controindicazioni alla somministrazione della vitamina D3.

Conclusioni. I soggetti fragili sono mediamente più anziani dei soggetti autosufficienti. I valori medi di vitamina D3 nei soggetti, sia fragili che autosufficienti, ospiti in Istituto per anziani, sono indicativi di carenza della stessa. La prevalenza dell'ipovitaminosi D3 è estremamente elevata nella popolazione anziana residente in Casa di Riposo probabilmente a causa di un deficit di esposizione al sole associato a deficit nutrizionale.

Bibliografia

1. Jacques PF, Felson DT, Tucker KL, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and its determinants in an elderly population sample. Am J Clin Nutr 1997;66:929-36.
2. Sherman SS, Hollis BW, Tobin JD. Vitamin D status and related parameters in a healthy population: the effects of age, sex and season. J Clin Endocrinol Metab 1990;71:405-13.
3. Crepaldi et al, The Nutrage Project, EU Commission, 2003.

4 Lyons RA, Johansen A, Brophy S, Newcombe RG, Phillips CJ, Lervy B, Evans R, Wareham K, Stone MD. Preventing fractures among older people living in institutional care: a pragmatic randomised double blind placebo controlled trial of vitamin D supplementation. Osteoporos Int. 2007;18:811-8.

Il Progetto è stato finanziato da un grant della Fondazione Socialità e Ricerche

Il ruolo dei BPSD nel determinismo del carico fisico e psicologico dei caregiver di pazienti affetti da demenza

E. Rosa, G. Lussignoli, F. Sabbatini, L. Lamanna, A. Chiappa, S. Di Cesare, O. Zanetti

IRCCS, Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, U.O. Alzheimer-Centro per la Memoria

L'assistenza ai pazienti affetti da demenza richiede molte risorse sia fisiche che emotive. » noto che la gestione dei disturbi comportamentali risulta uno dei fattori più stressanti per il familiare. Scopo del nostro lavoro è quindi quello di valutare l'effetto dei BPSD su aspetti specifici del carico assistenziale del caregiver primario. Per fare questo sono state raccolte informazioni su 112 caregiver primari (età media 55 ± 10; 69% femmine, 31% maschi) e relativi pazienti affetti da demenza di grado moderato-severo (MMSE: 9 ± 7; età media di 80 ± 7 anni) ricoverati presso la nostra U.O.Alzheimer-Centro per la Memoria. Per ciascun caregiver sono state raccolte le seguenti informazioni: 1) dati sociodemografici; 2) sintomi depressivi (CES-D, *Center for epidemiological studies depression scale) 3*) Carico assistenziale (CBI, *Caregiver Burden Inventory*) che indaga i seguenti aspetti: carico oggettivo, carico evolutivo, carico fisico, carico sociale, carico emotivo 4) sintomi ansiosi (STAIY1; STAIY2, *STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY)* che indaga le componenti di ansia di stato e di tratto. Per ciascun paziente sono state raccolte le seguenti informazioni: 1) dati socio-demografici; 2) stato cognitivo globale (MMSE); 3) presenza di BPSD (NPI). L'analisi della varianza mostra che il numero di ore di vigilanza e di assistenza dedicate al paziente hanno un effetto significativo sui livelli di depressione sperimentati dal caregiver ($p < .020$) e $p < .009$ rispettivamente). L'analisi di regressione lineare multipla evidenzia che l'apatia è il disturbo comportamentale che maggiormente contribuisce al determinismo del carico fisico ($p < .012$) e del carico totale ($p < .019$) del caregiver. L'apatia e l'ansia del paziente, inoltre, rappresentano un determinante significativo di depressione nel caregiver ($p < .026$ e $p < .009$ rispettivamente). Infine, l'ansia e l'irritabilità del paziente concorrono alla presenza di ansia di Stato nel familiare ($p < .018$ e $p < .045$). Nessuna associazione significativa è stata rilevata tra livello di deterioramento cognitivo e stress dei caregiver. I dati raccolti confermano ulteriormente il ruolo dei disturbi comportamentali, e in particolare dell'apatia, nello sviluppo dello stress dei caregiver.

Obesità sarcopenica e peggioramento della funzione respiratoria nell'anziano: osservazioni prospettiche

A. Rossi[1], F. Fantin[1], V. Di Francesco[1], L. Pelizzari[1], E. Versini[1], F. Marino[1], C. Bambace[1], K. Giuliano[1], M. Zamboni[1].

[1] *Dipartimento di Geriatria, Università di Verona*

Scopo. Con l'invecchiamento la composizione corporea si modifica, con aumento della massa grassa e del grasso viscerale e declino della massa muscolare scheletrica. Anche la funzione respiratoria peggiora con l'età. Studi trasversali hanno evidenziato significativa associazione tra indici di distribuzione del grasso corporeo, massa magra e funzione polmonare nell'anziano. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare prospetticamente, con un follow up di 7 anni, le relazioni tra modificazioni della composizione corporea, della distribuzione regionale del grasso corporeo e quelle della funzione polmonare nell'anziano.
Materiali e metodi. Sono stati inclusi nello studio 47 donne e 30 uomini con età di 71.7 ± 2.2 e 71.6 ± 2.3 anni all'inizio dello studio e con valori di BMI di 25.0 ± 3.3 e 27.0 ± 3.4 kg/m^2 rispettivamente. Peso corporeo, circonferenza della vita, diametro sagittale addominale (SAD), composizione corporea, valutata mediante Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) e funzione respiratoria misurata con spirometria sono stati valutati al basale e dopo un follow up medio di 7 anni.
Risultati. In entrambi i sessi, la massa magra totale è risultata ridotta significativamente indipendentemente dai cambiamenti del peso corporeo. Nelle donne e negli uomini con perdita di peso, BMI, SAD, massa grassa totale e massa magra totale sono risultati significativamente ridotti al follow up.
Negli uomini e donne a peso stabile è stato riscontrato significativo aumento di BMI, massa grassa totale e circonferenza vita. FVC, FEV 1 e l'indice di Tiffenau aggiustati per altezza, sono significativamente peggiorati sia nelle donne che negli uomini nei 7 anni di follow up.
Nei soggetti che nei 7 anni di follow up hanno presentato decremento della massa magra il rischio di sviluppare un peggioramento della funzione respiratoria è risultato più elevato di 2.78 nei confronti di coloro che hanno mantenuto valori stabili di massa magra. Nei soggetti che hanno presentato incremento del SAD, il rischio di sviluppare peggioramento della funzione respiratoria è risultato 2.75 volte più elevato rispetto a coloro che hanno mantenuto stabili i valori di SAD. I soggetti con contemporaneo aumento del SAD e decremento della massa magra hanno presentato un rischio di sviluppare peggioramento della funzione respiratoria di circa 8 volte.
Conclusioni. I dati del nostro studio sembrano confermare che il decremento della massa muscolare associato all'invecchiamento è predittore di alterazioni della funzionalità respiratoria e soprattutto che coloro i quali con l'invecchiamento dimostrano sia perdita di massa magra che redistribuzione centripeta del grasso (definiti come obesi sarcopenici) presentano il più elevato rischio di sviluppare un peggioramento della funzione respiratoria.

Patterns di trattamento con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

A. Rossi[9], F. Fusco[1], M. Boscaro[2], F. Montorsi[3], G. Di Santo[4], G. De Grande[5], C. D'Agata[6], A. Pagliarulo[7], R.M. Scarpa[8], R. Sicuteri[9], V. Mirone[1]

[1] Clinica Urologica Università degli Studi "Federico II" Napoli; [2] Dipartimento di Medicina Interna ad Orientamento Cardiovascolare e Metabolico, Università Politecnica delle Marche, Torrette (AN); [3] Urologia, Ospedale S. Raffaele Milano; [4]Divisione di Urologia, Ospedale Miulli Acquaviva delle Fonti(BA); [5]Divisione Urologica A.O. Umberto I di Siracusa; [6]Dipartimento di Scienze Biomediche - Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna Ospedale Garibaldi, Catania; [7]Urologia II - Università di Bari; [8]Reparto di Urologia sez. 9°, A.S.O. San Luigi Orbassano (TO); [9]Direzione Medica Eli Lilly Italia

Scopo. Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato soggetti (S) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica,pertanto i medici erano liberi di prescrivere uno dei tre PDE5i, sildenafil,vardenafil e tadalafil(Si, V, T), ma di cambiare anche più volte la terapia, utilizzando anche altri presidi, nel corso dello studio.
Materiali e metodi. Nei129centri italiani coinvolti, dal 2003 al 2004, sono stati arruolati1419 S di età ≥ 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o specialista di iniziare un trattamento per DE o cambiare quello in atto. Sul campione è stata valutata la possibile predittività di variabili basali (caratteristiche della DE; età, BMI, stato coniugale, educazionale, socio-economico; disturbi del desiderio e dell'eiaculazione; consumo di alcol e fumo; varie comorbidità e cosomministrazione di farmaci; terapia prescritta all'inizio dello studio) sulla scelta di continuare ad assumere la terapia iniziale o cambiarla in corso di studio. L'analisi è stata effettuata a 3 e 6 mesi di trattamento con il test chi^2 esatto di Fisher e l'ANOVA
Risultati. Dei 1344 S inclusi nell'analisi a 3 mesi, 898 (67%) avevano proseguito con il farmaco prescritto al baseline (BL) mentre 446 (33%) avevano cambiato il trattamento iniziale. Dei 1338 S inclusi nell'analisi a 6 mesi, solo 714 (53%) avevano proseguito con il farmaco prescritto al BL, mentre 624 (47%) erano passati ad un altro trattamento. Sia a 3c he a 6 mesi il fattore più influente sulla scelta di confermare/cambiare il trattamento iniziale è risultato il farmaco prescritto al BL: i S trattati con T avevano probabilità significativamente maggiore di confermare la stessa terapia rispetto a quelli trattati con Si o V (71% *vs.* 59% e 66% rispettivamente, a 3mesi; 61% *vs.* 44% e43% rispettivamente, a 6 mesi. $P < 0.0001$). Altre variabili che influivano su questa probabilità sono stati: età, severità della DE allo IIEF, storia di prostatectomia radicale, calo del desiderio ed essere non-naive per i PDE5i.
Conclusione. Nel trattamento della DE, alcune variabili basali sono predittive della scelta del pz di proseguire il farmaco iniziale o cambiarlo. I soggetti cui è inizialmente prescritto T proseguono il trattamento in percentuale significativamente superiore rispetto a quelli che ricevono Si e V.

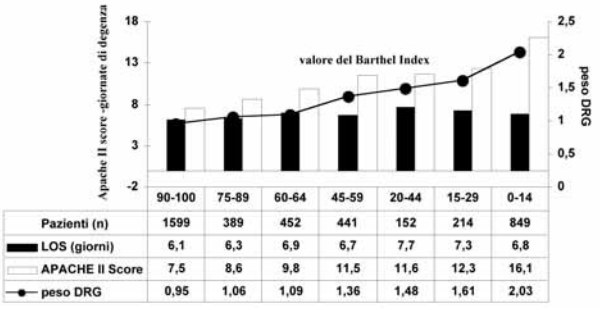
Disabilità, complessità clinica e DRG nei pazienti anziani

R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, A. Ricci, A. Morandi, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri e M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Scopo del lavoro. Valutare l'impatto della funzione cognitiva e fisica sui Diagnosis Related Group (DRG) e sulla durata della degenza in ospedale, indipendentemente dalla gravità della patologia determinante il ricovero.
Materiali e metodi. Studio retrospettivo, effettuato su 4094 pazienti anziani (femmine 61.5%, età media 79.4 ± 7.8 anni) ricoverati consecutivamente nell'Unità di Geriatria e nell'Unità di Cura Sub-Intensiva Geriatrica dell'Ospedale Poliambulanza Brescia. I pazienti per 78% provenivano dal Dipartimento d'Emergenza dell'ospedale. In tutti è stata effettuata una valutazione multidimensionale, in prima giornata di ricovero che comprendeva: età, sesso, diagnosi d'ingresso, stato mentale (Mini Mental State Examination-MMSE e Geriatric Depression Scale-GDS). La gravità della condizione clinica veniva valutata con l'APACHE II score che valuta il grado di "deragenment" fisiopatologico, l'età e la presenza di patologie croniche (malattie cardiache, BPCO, cirrosi epatica, insufficienza renale e neoplasie). La disabilità è stata valutata mediante il Barthel Index (BI); i pazienti sono stati suddivisi in 7 differenti gruppi di disabilità crescente.
Risultati. È stata osservata una correlazione inversa tra BI e APACHE II score e peso del DRG; ad una riduzione del BI ha corrisposto un aumento del APACHE II score e del peso del DRG (vedi figura)

Fig. 1.



	90-100	75-89	60-64	45-59	20-44	15-29	0-14
Pazienti (n)	1599	389	452	441	152	214	849
LOS (giorni)	6,1	6,3	6,9	6,7	7,7	7,3	6,8
APACHE II Score	7,5	8,6	9,8	11,5	11,6	12,3	16,1
peso DRG	0,95	1,06	1,09	1,36	1,48	1,61	2,03

Conclusioni. I dati suggeriscono che il valore del DRG implicitamente tiene in considerazione lo stato funzionale del paziente anziano, in linea con la ben nota relazione tra patologia e disabilità. Inoltre, i dati dimostrano che la disabilità è correlata all'APACHE II score, indicatore di severità di malattia, suggerendo un possibile percorso "severità della malattia-disabilità-peso DRG", in cui la disabilità collega le alterazioni biologiche indotte da eventi patologici e il sistema di pagamento. In questo modello l'aumento del peso del DRG, che corrisponde ad una maggiore disabilità e severità della malattia riflette anche l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Relazione tra acido urico, demenza e deterioramento cognitivo in donne ed uomini ultra 60enni: lo studio inCHIANTI

C. Ruggiero[1], G. Dell'Aquila[1], E. Cirenei[1], F. Patacchini[1], G. Mancioli[1], F. Lauretani[2], S. Bandinelli[3], M. Maggio[5], A. Cherubini[1], L. Ferrucci[4]

[1]Istituto di Geriatria e Gerontologia, Università di Perugia; [2]Agenzia della Salute Regione Toscana; [3]ASF Riabilitazione Geriatrica, Firenze, [4] National Institute on Aging, MD, USA

Scopo. Studi epidemiologici mostrano che l'acido urico (AU) aumenta con l'età e studi preclinici suggeriscono l'AU abbia un comportamento pro-infiammatorio piuttosto che antiossidante (1, 2). Il deterioramento cognitivo (DC) e la demenza (D) sono condizioni la cui prevalenza aumenta con l'età e che riconoscono l'infiammazione cronica tra i meccanismi patogenetici (3). Questo studio ha lo scopo di investigare la relazione tra AU, DC e D in una popolazione di uomini e donne ultra 60enni.
Materiali e metodi. 570 donne e 453 uomini di età compresa tra 64-102 anni, arruolati nello studio InCHIANTI, sono stati valutati mediante approccio multidimensionale geriatrico nel periodo 1998-2000. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a prelievo ematico per il dosaggio dell'AU. La diagnosi di D è stata posta in base ai criteri DSM IV, mentre quella di DC in base a MMSE < 23 e/o presenza di una o più disabilità nelle ADL o IADL attribuibili a compromissione delle funzioni cognitive. La relazione tra AU, D e DC è stata valutata mediante analisi multivariata della varianza con procedura GLM..
Risultati. I soggetti cognitivamente intergri (CI) e quelli con DC hanno simili concentrazioni di AU, mentre i soggetti affetti da D hanno livelli di AU significativamente più alti (ANCOVA aggiustata per età e sesso, p = 0.0231). La prevalenza di D aumenta progressivamente nei quartili di AU (test per trend p = 0.0207). Indipendentemente da età, sesso, BMI, MMSE, livello di scolarità, consumo di alcol, fumo, livello di attività fisica, funzionalità renale, insulinoresistenza, cardio-cerebropatia ischemica e malattia aterosclerotica periferica, l'AU si associa linearmente e positivamente alla D (p = 0.0148). L'associazione non si modifica dopo aggiustamento per IL-6.
Conclusioni. Il nostro studio suggerisce che indipendentemente dai principali fattori confondenti, incluso IL-6, l'AU si associa positivamente alla D in una popolazione di anziani che vivono a domicilio.

Bibliografia

Shi Y, Evans JE, Rock KL. Molecular identification of a danger signal that alerts the immune system to dying cells. Nature 2003;2;425(6957):516-21

Kuzuya M, Ando F, Iguchi A, Shimokata H. Effect of aging on serum UA levels: longitudinal changes in a large Japanese population group. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002;57:660-4

Wyss-Coray T. Inflammation in Alzheimer disease: driving force, bystander or beneficial response? Nat Med 2006;12:1005-15.

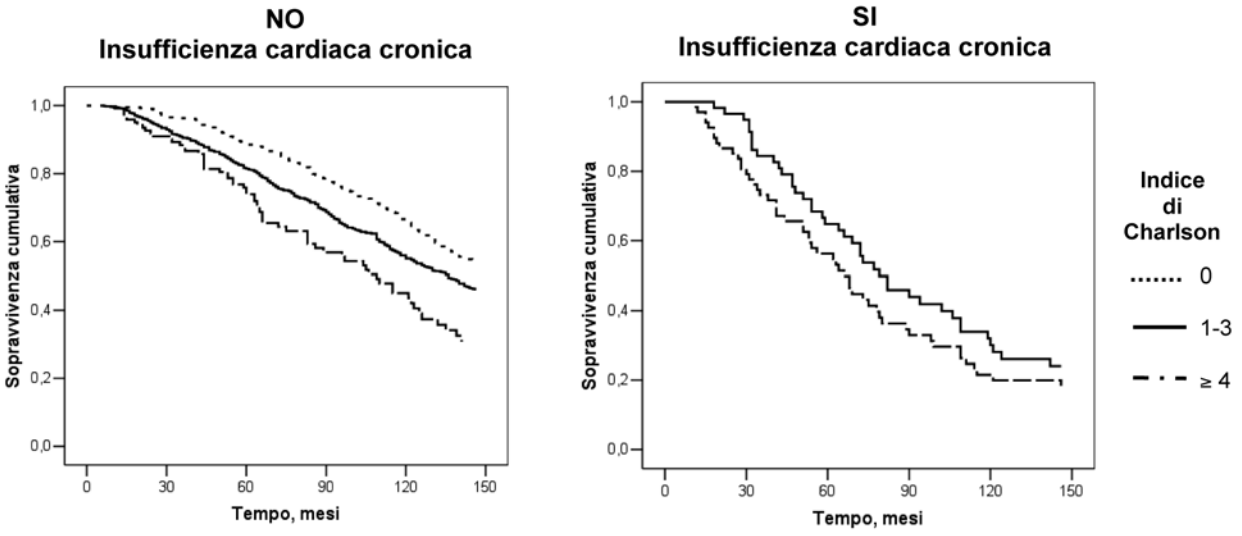
Comorbilità e mortalità per insufficienza cardiaca cronica a 12 anni: ruolo dell'Indice di Charlson

S. Russo[1], C. Montuori[1], G. Panza[1], F. Loffredo[1], R. Abbruzzese[1], M. Rossetti[1], A. Langellotto[1], D. Avolio[1], G. De Rosa[1], C. Visconti[1], F. Mazzella[1 2], F. Cacciatore[1 2], P. Abete[1], F. Rengo[1 2]

[1]Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II"; [2]Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Campoli/Telese, Benevento

Scopo. L'insufficienza cardiaca cronica è una patologia di frequente riscontro nella popolazione geriatrica il cui aumento di incidenza e prevalenza, nelle decadi di età più avanzate, è accompagnata da un'elevata mortalità. Alcuni

Fig. 1.



Patologia	Assenza	Presenza
Insufficienza cardiaca cronica	1.15 (1.08-1.21), p < 0.00	1.10 (0.97-1.24), p = 0.11
Diabete	1.16 (1.10-1.22), p < 0.00	1.08(0.97-1.19), p = 0.13
Broncopneumopatia cronica	1.16 (1.08-1.24), p < 0.00	1.15 (1.07-1.24), p < 0.00
Malattie neurologiche	1.16 (1.10-1.23), p < 0.00	1.28 (1.12-1.47), p < 0.00
Vasculopatie periferiche	1.19 (1.12-1.26), p < 0.00	1.20 (1.10-1.32), p < 0.00

autori sostengono che tale elevata mortalità sia in parte dovuta alla comorbilità che si osserva nelle decadi di età più avanzate. La valutazione della comorbilità nell'anziano è realizzata con numerose scale di valutazione tra cui l'indice di Charlson. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la relazione tra indice di Charlson e mortalità a 12 anni per insufficienza cardiaca cronica nella popolazione di ultra65-enni arruolati nell'Osservatorio Geriatrica Campano.

Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su soggetti ultra65enni arruolati nello studio "Osservatorio Geriatrico della Regione Campania" iniziato nel 1991 su un campione randomizzato dalle liste elettorali di 1339 ultra65enni. La comorbilità è stata valutata mediante il "Charlson comorbidity index". Per tutti i soggetti affetti è stata raccolta la mortalità a 12 anni. La regressione secondo Cox (Hazard Ratio ed intervalli di confidenza al 95%), volta alla valutazione del ruolo svolto dall'indice di Charlson sulla mortalità a 12 anni in varie patologie croniche incluso l'insufficienza cardiaca cronica, è mostrata nella Tabella seguente: Dall'analisi si evince che l'indice di Charlson risulta predittivo sia in presenza che in assenza di patologie come la broncopneumopatia cronica, le malattie neurologiche e le vasculopatie periferiche mentre perde tale ruolo in presenza di diabete e soprattutto di insufficienza cardiaca cronica. Tale risultato è ancor più evidente nel grafico successivo.

Conclusione. L'indice di Charlson si è dimostrato non predittivo di mortalità in presenza di insufficienza cardiaca cronica indicando come tale patologia, anche isolatamente, possa influenzare in maniera drammatica la prognosi nel paziente anziano.

Quale relazione esiste fra demenza e comorbilità?

F. Sabbatini[1 2], G. Lussignoli[1], G. Kuffenschin[1] E. Chitò[1], M. Neri[2], O. Zanetti[1]

[1]IRCCS Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia; [2]Università di Modena e Reggio Emilia, Scuola di Specializzazione di Geriatria, Modena

Scopo. La prevalenza della demenza è maggiore nell'età avanzata, periodo caratterizzato dalla presenza di più patologie (comorbilità). Demenza e comorbilità rappresentano importanti fattori di rischio indipendenti di mortalità e disabilità; tuttavia esistono dati discordanti rispetto alla loro effettiva interazione e all'influenza esercitata in corso di un'ospedalizzazione.

Scopo dello studio è stato valutare come la comorbilità incida sugli esiti dell'ospedalizzazione in soggetti affetti da demenza, ricoverati in un reparto di riabilitazione.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati tutti i pazienti con età superiore a 65 anni e con diagnosi di demenza ricoverati a scopo riabilitativo (cognitivo, motorio, psico-comportamentale) presso l'U.O. Alzheimer dell'IRCCS Centro S. Giovanni di Dio - FBF di Brescia in un periodo di nove mesi. Sono stati esclusi 149 soggetti: i ricoverati per inquadramento diagnostico, i pazienti in cui non erano applicabili il MMSE e la Tinetti scale, e quelli trasferiti per eventi clinici maggiori. Su un campione di 66 pazienti sono stati valutati il deterioramento cognitivo (MMSE), la comorbilità somatica (CIRS privata dell'item psichiatrico) e alcuni indicatori di ospedalizzazione.

Risultati. Il campione di pazienti ha un età media di 79,8 ± 6,3 anni; 41 sono donne (66%). L'assessment multidimensionale d'ingresso mostra un decadimento cognitivo medio di grado moderato-severo (MMSE: 12,6 ± 5,0); un moderato rischio di caduta (Tinetti: 17,1 ± 6,7), una marcata disabilità (BADL perse: 3,6 ± 1,9; IADL perse: 7,5 ± 1,4) e un'evidente presenza di disturbi psico-comportamentali (NPI: 25,3 ± 19,7). I soggetti presentano una comorbilità media somatica alla CIRS di 24,7 ± 4,4, non correlata significativamente con età e grado di disabilità. Esiste invece una correlazione significativa tra livello cognitivo e comorbilità (r = 0,294; p = 0,019), confermata dall'analisi dei terzili di MMSE: i soggetti cognitivamente più compromessi (MMSE ≤ 10) risultano meno comorbidi rispetto al gruppo con MMSE ≥ 16 (CIRS: 19,2±2,8 *vs.* 22,4±5,7; p = 0,021).

Per la valutazione degli esiti dell'ospedalizzazione, sono stati individuati due gruppi in base al punteggio CIRS: alta comorbilità per CIRS > 20 (30 pazienti) e bassa comorbilità per CIRS ≤ 20 (36 pazienti). L'analisi mostra in entrambi i gruppi un incremento del MMSE alla dimissione in più di un terzo dei pazienti (alta comorbilità 33%; bassa comorbilità 44%). Sul versante funzionale, il punteggio medio alla Tinetti scale è risultato aumentato nel 39% dei soggetti con bassa comorbilità e nel 53% di quelli con alta comorbilità. Non vi sono inoltre differenze nella durata della degenza (44,4±13,7 giorni nel gruppo con alta comorbilità *vs.* 38,8±11,2 nel gruppo con bassa comorbilità), e nella frequenza degli eventi avversi intercorrenti. I pazienti con alta comorbilità sono maggiormente sottoposti a procedure diagnostiche durante il ricovero (4,0±1,6 *vs.* 3,2±1,1; p = 0,041) e assumono più farmaci sia all'ingresso (5,9±2,5 *vs.* 3,7±1,7; p < 0,001) che in dimissione (6,7+2,3 *vs.* 4,5+1,6; p < 0,001). Non vi sono differenze nell'uso di farmaci psicotropi.

Conclusioni. La comorbilità correla in modo inverso con il livello di deterioramento cognitivo: i meno comorbidi risultano essere quelli con demenza di grado più avanzato. Una possibile interpretazione del dato risiede in una ridotta tendenza a considerare e a trattare le patologie somatiche in soggetti con demenza severa. I pazienti con bassa comorbilità mostrano un maggior miglioramento sul versante cognitivo. Al contrario un miglioramento funzio-

nale (Tinetti scale) si è osservato maggiormente nei pazienti con elevata comorbilità. È verosimile che la comorbilità, attraverso l'instabilità clinica secondaria, possa influenzare negativamente l'esito di interventi riabilitativi rivolti alla sfera cognitiva. Il miglioramento cognitivo e funzionale indipendentemente dal grado di comorbilità sottolinea l'importanza di un ricovero di tipo riabilitativo anche per pazienti con demenza severa.

Malnutrizione in pazienti anziani ammessi in un setting di riabilitazione cardiologica

G. Salvatori[1], G. Corbi[1 2], G. Furgi[2], F. Rengo[2], G. Oriani[1], N. Ferrara[1 2]

[1]Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise; [2]Fondazione "S. Maugeri" di Telese/Campoli, IRCCS

Scopo. È noto che la prevalenza di malnutrizione è alta nella popolazione anziana e si incrementa con diverse condizioni croniche. Per determinare se i pazienti (pz) malnutriti all'ammissione sono ad aumentato rischio per recupero funzionale e di complicanze cardiovascolari ad 1 anno e se l'associazione tra malnutrizione e rischio indipendentemente da altri indicatori di severità di malattia e danno funzionale, abbiamo condotto uno studio prospettico su una coorte di soggetti ammessi tra Febbraio 2003 e Dicembre 2005 dopo intervento di cardiochirurgia presso l'Unità di Riabilitazione Cardiologica della Fondazione "S. Maugeri" di Telese/Campoli.
Materiali e metodi. I criteri d'inclusione erano rappresentati da: a) anamnesi per sostituzione/riparo valvolare (HVR), coronary artery bypass graft (CABG) o loro associazione; b) ammissione in riabilitazione entro 10 ± 5 giorni dall'intervento cardiochirurgico. I dati di 332 pz (età media 70 ± 9.8) sono stati raccolti all'ammissione e come indicatori di rischio nutrizionale sono stati considerati BMI, NRI, conta linfocitaria, albuminemia e colesterolo totale. Ogni variabile è stata categorizzata come ad alto o basso rischio nutrizionale.
Risultati. La percentuale di pz classificati come malnutriti usando i 5 diversi parametri (BMI < 22 kg/m^2, albuminemia < 35 g/L, colesterolemia < 160 mg/dL, conta linfocitaria < 1500, NRI < 97.5) variava da 6.6% con il BMI a 62.7% con l'NRI. Il miglioramento degli indici funzionali è stato più evidente in pz in più severe condizioni all'ammissione e nelle donne. I migliori predittori di miglioramento sia di bisogni infermieristici sia di metri percorsi al test del cammino in 6 minuti (MWT) rimanevano i livelli basali, seguiti dall'età (r^2 = 0.92) e dall'età ed il sesso (r^2 = 0.24). Inoltre il miglior predittore per tempo di ricovero erano MWT all'ammissione, seguiti da diabete e pregresso infarto miocardico (r^2 = 0.08). Il miglioramento dei bisogni infermieristici, dei MWT, e dei tempi di ricovero non differiva nei gruppi dicotomizzati in base ai parametri nutrizionali, dopo aggiustamento per confondenti non nutrizionali, eccetto che per un maggiore miglioramento nei bisogni infermieristici in soggetti con NRI < 97.5. Quando si è analizzata ogni variabile non-nutrizionale separatamente, la PCR, il Charlson index ed i MWT all'ammissione rappresentavano le variabili più significativamente correlate a complicanze totali durante il follow-up. D'altra parte, l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori (MACE) si associava, in modo significativamente decrescente, al tabagismo, età e sesso. L'analisi multivariata finale per predizione dei MACE includeva età, sesso, metri percorsi al MWT all'ammissione, tabagismo e creatininemia (p = 0.004). Solo l'albuminemia e l'NRI erano associati ad aumentata incidenza ad 1 anno di complicanze e predittori indipendenti di complicanze totali. Tutte le variabili nutrizionali, eccetto la conta linfocitaria erano buoni predittori indipendenti di MACE. La correlazione tra ciascuno dei 4 rimanti indicatori nutrizionali (BMI, albuminemia, colesterolemia e NRI) e l'outcome cambiava dopo controllo per una o più delle covariate di comorbidità o di funzione, ma tutti gli indicatori nutrizionali rimanevano associati all'outcome.
Conclusione. La malnutrizione rappresenta una frequente evenienza spesso misconosciuta. Il nostro studio dimostra come tale condizione sia altamente prevalente in una popolazione anziana ricoverata in una unità di riabilitazione cardiologia e come essa condizioni l'incidenza di MACE ad 1 anno di follow-up, suggerendo, quindi, la necessità, anche in questo gruppo di pazienti di un'analisi più approfondita dello stato nutrizionale e di adeguati approcci terapeutici.

Linee guida per la compilazione della cumulative Illness Rating Scale (CIRS): studio di validazione in anziani ospedalizzati

F. Salvi[1 2], M.D. Miller[3], A. Grilli[2], R. Giorgi[2], V. Morichi[2], P. Dessì-Fulgheri[2], W. Gianni[4], L. Spazzafumo[5] (per il gruppo di studio nazionale INRCA – Progetto VMD)

[1]U.O. Geriatria Riabilitativa, INRCA, Appignano (MC); [2]Clinica di Medicina Interna, Università "Politecnica delle Marche", Ancona; [3]Dept. of Geriatric Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh (USA); [4]U.O. Geriatria, INRCA, Roma; [5]Centro di Statistica e Biometria, Dipartimento Ricerche Gerontologiche, INRCA, Ancona

Scopo. La comorbilità è parte fondamentale della valutazione multidimensionale (VMD) dell'anziano fragile, visti anche gli stretti rapporti con fragilità e disabilità. In letteratura sono stati descritti diversi indici di comorbilità, tutti sostanzialmente validi, anche se non privi di differenze e difetti. Un punto critico è la loro riproducibilità: poter disporre di linee guida dettagliate, esemplificative, per l'assegnazione dei punteggi potrebbe essere molto utile. La Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) è l'unico strumento che dispone di tali linee guida, che però sono difficili da reperire e limitate ad una versione della CIRS (CIRS-Geriatrics) che risale al 1991 (1, 2). Recentemente, nell'ambito di un progetto nazionale per l'applicazione di un protocollo di VMD comune in tutte le sedi INRCA, tali linee guida sono state aggiornate, adattate alla versione CIRS più usata (3, 4) e tradotte in italiano. Scopo dello studio è stato validare le linee guida CIRS in un campione di anziani ospedalizzati, valutandone riospedalizzazione e mortalità a 18 mesi.
Materiali e metodi. La CIRS è stata compilata secondo le linee guida, in maniera retrospettiva, per 190 ultra65enni ricoverati in un reparto di Medicina Interna. Tali soggetti erano già stati sottoposti, durante il ricovero, ad un protocollo standardizzato di VMD (MMSE, GDS, Barthel Index, IADL) ed erano state raccolte informazioni cliniche relative a durata della degenza, numero di farmaci ed esami ematochimici. Il follow-up (ospedalizzazione, mortalità) è

stato condotto telefonicamente a 18 mesi dalla dimissione. Gli indici CIRS considerati sono stati: total score (TSC), indice di severità a 13 e 14 categorie (ISV_{13}, ISV_{14}), indice di comorbilità (numero di categorie con punteggio ≥ 2) a 14 categorie (CM2); per ciascuno dei suddetti indici sono stati calcolati i terzili di distribuzione ed i cut-off. La riproducibilità intra- ed inter-rater è stata valutata mediante il coefficiente di correlazione intraclasse sul 20% del campione. Per la valutazione dell'outcome mortalità è stata utilizzato il modello di regressione di Cox, mentre per la riospedalizzazione è stata usata la regressione logistica; è stato anche considerato l'end-point combinato.
Risultati. Il tasso di mortalità a 18 mesi è stato del 12% (23 decessi), quello di riospedalizzazione del 45.7% (63 pazienti, su 138, ricoverati almeno una volta); tutti gli indici CIRS, sia come variabili continue che come terzili, erano in grado di predire gli eventi mortalità e riospedalizzazione (eccetto il CM2), anche in termini di end-point combinato. Gli indici CIRS correlavano anche con parametri clinici quali emoglobina ed albumina, nonché con durata della degenza, numero di farmaci, livelli di disabilità nelle ADL ed IADL. La ripetibilità intra- ed inter-rater della CIRS è risultata più che soddisfacente (ICC > 0.9), sia in termini di punteggi totali che nelle singole categorie/sistemi.
Conclusione. La CIRS si conferma un valido strumento per la valutazione della comorbilità, anche nel paziente anziano ospedalizzato. La valutazione della comorbilità richiede strumenti affidabili e standardizzati, che prendano in esame i diversi apparati/sistemi, la severità delle malattie (compresi gli stadi precoci e mediante indicatori clinici) ed il loro impatto funzionale (5). La CIRS possiede molte di queste caratteristiche: la disponibilità e validità delle linee guida la rendono forse il miglior strumento di valutazione della comorbilità tra quelli disponibili. I dati provenienti da una popolazione di oltre 2000 anziani ultra70enni ospedalizzati nelle diverse sedi INRCA, studiati con la CIRS, potranno inoltre determinare cut-off degli indici di severità e comorbilità applicabili anche in setting differenti dall'ospedale.

Bibliografia

1. Miller MD, Paradis CF, Houck PR et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. Psychiatry Res 1992;41:237-48.
2. Miller MD, Towers A. A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 1991.
3. Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-7.
4. Mistry R, Gokhman I, Bastani R et al. Measuring medical burden using CIRS in older veterans enrolled in UPBEAT, a psychogeriatric treatment program: a pilot study. J Gerontol 2004;59A:1068-75.
5. Karlamangla A, Tinetti M, Guralnik J et al. Comorbidity in older adults: nosology of impairment, diseases, and conditions. J Gerontol 2007;62A:296-300.

Effetti in vitro della pentosidina su osteoblasti umani

R. Sanguineti [1], D. Storace[1], F. Monacelli[1], A. Federici[2], P. Odetti[1]

[1] U.O. Geriatria - Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova; [2] U.O. Chirurgia Ortopedica Ospedale S. Antonio Recco, Genova

Scopo. L'osteoporosi è una patologia metabolica multifattoriale e progressiva dello scheletro, caratterizzata da una riduzione della densità minerale ossea (Bone Mineral Density, BMD) e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, tradotta in una maggiore fragilità e conseguente predisposizione alle fratture (1).
Recentemente è stata avanzata l'ipotesi secondo cui la perdita ossea che si verifica durante l'invecchiamento, possa essere messa in relazione con il processo glicativo (2). Infatti alcuni studi dimostrano che i prodotti finali di glicazione avanzata (AGEs), si depositano nell'osso umano con l'invecchiamento (3). L'eccessivo accumulo di AGEs porta alla alterazione delle proprietà meccaniche delle componenti trabecolare e corticale (4) danneggiando inoltre la componente cellulare.
Lo scopo del nostro studio è stato indagare l'effetto diretto dello stress glicossidativo su colture primarie di osteoblasti umani (HOb), esponendo le cellule a concentrazioni di pentosidina, uno degli AGEs più studiati, pari a 0,25 nM e 1 nM (rispettivamente corrispondenti ai livelli plasmatici di diabete e uremia nell'uomo).
Materiali e metodi. Gli HOb sono stati isolati da espianti di osso trabecolare prelevati da pazienti sottoposti ad interventi ortopedici (sono stati esclusi dalla casistica, soggetti affetti da patologie tumorali, autoimmuni). Le cellule sono state coltivate in DMEM supplementato con il 10% siero fetale bovino (FBS), 2 mM L-glutammina e antibiotici. La mineralizzazione è stata indotta su cellule a confluenza aggiungendo al terreno di base, supplementi osteogenici (1μM Dexametasone, 10 mM β-Glicerofosfato e 0,3 mM Ascorbato). La mineralizzazione e specifici markers di derivazione osteoblastica quali fosfatasi alcalina (ALP), collagene I (Col Iα1) e osteocalcina (BGP), sono stati rispettivamente valutati attraverso Alizarin Red S staining (ARS staining) e RT-PCR; l'espressione dell'mRNA del gene RAGE (recettore specifico degli AGEs) è stata anch'essa valutata tramite RT-PCR.
Tutti i dati sono stati espressi come media ± DS, calcolati su 3 esperimenti per ogni condizione sperimentale; la significatività è stata calcolata mediante il test ANOVA seguito dal post test di Dunnett. Le differenze sono state considerate significative per $p < 0,01$.
Risultati. I nostri dati evidenziano che il trattamento degli HOb con pentosidina ha causato un significativo decremento dell'espressione dell'mRNA sia per ALP che per Col Iα1 (-30% e -70% rispettivamente per le concentrazioni 0,25 nM e 1 nM, v.s. controllo, $p < 0,01$). L'espressione dell'mRNA del RAGE è diminuita anch'essa significativamente pur non manifestando una dose dipendenza. In tutte le nostre condizioni sperimentali non sono state rilevate variazioni dell'espressione genica di BGP. I nostri dati dimostrano una riduzione della formazione nodulare ossea da parte della pentosidina, dose e tempo dipendente, in accordo con l'ARS staining.

Conclusione. Negli HOb, la pentosidina ha dimostrato una forte e significativa azione inibitoria, dose dipendente, sull'espressione genica di ALP e COL Ia1. L'effetto osservato è parallelo alla ridotta deposizione di matrice ossea. La pentosidina non ha avuto alcun effetto sull'espressione genica di BGP la quale rimane ai livelli delle colture controllo; si può quindi ipotizzare che sia necessario più tempo per raggiungere un'efficace inibizione oppure che il suo ruolo nel processo di mineralizzazione sia complementare.
In conclusione, durante il processo di osteogenesi, il trattamento degli HOb *in vitro* con AGEs, influenza la proliferazione, la produzione di matrice extracellulare e la mineralizzazione ossea (5, 6).
Se la pentosidina inibisce in maniera dose dipendente la formazione di noduli ossei, il suo eccessivo deposito osservato nell'osso umano con l'invecchiamento, condurrebbe a una mineralizzazione deficitaria, giocando così un ruolo determinante nella genesi e nello sviluppo dell'osteoporosi senile, ma anche in patologie dove si osserva un incremento degli AGEs a livello tessutale (diabete, uremia). La sua azione inibitoria avviene indipendentemente dal recettore RAGE e ciò ci fa ipotizzare che la sua attività si esplichi attraverso il legame con un altro sito di legame. I nostri dati *in vitro* confermano comunque che proteine-AGEs modificate possono indurre alterazioni funzionali degli osteoblasti a concentrazioni parafisiologiche.

BIBLIOGRAFIA

1. Consensus development conference on diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis, Am J Med 1991;90:170-210.
2. Hein GE. Clin Chim Acta 2006;371:32-6.
3. Odetti P, Rossi S, Monacelli F et al. Ann N Y Acad Sci 2005;1043:710-7.
4. Hernandez CJ, Tang SY, Baumbach BM et al. Bone; 2005;37:825-32.
5. Long MW. Blood Cells Mol Dis; 2001;27:677-90.
6. Siggelkow H, Robenstorff K, Kurre W, et al. J Cell Biochem 1999;75:22-35.

Dati sull'attività assistenziale della RSA Residence Futura- Viagrande (Catania) nel I semestre 2007

A. Santangelo[1 2], P. Barbagallo[2], C. Crisafulli[2], G. Muscarà[2], M.C. Ossino[2], S. Scalia[2], M. Testai'[12]

[1] Università di Catania – Scuola di Specializzazione in Geriatria;
[2] RSA Residence Futura -Viagrande (Catania)

Scopo. Con l'introduzione dei percorsi della Certificazione di Qualità diventa prioritario l'evidenziazione dei dati sui ricoveri effettuati e sulla idoneità dei percorsi assistenziali e riabilitativi intrapresi.
Scopo del nostro studio è stato analizzare i dati della popolazione ricoverata in RSA nel I semestre 2007
Materiali e metodi. Sono stati studiati tutti i pazienti ricoverati presso la RSA Residence Futura nel periodo compreso tra 1 Gennaio 2007 e 30 Giugno 2007

Risultati. I dati sottoriportati evidenziano l'attività della RSA Residence Futura dal 1 Gennaio 2007 al 30 Giugno 2007 e sono sinteticamente esplicativi quale Macrofenomeno dell'andamento clinico dell'attività di Assistenza e di Riabilitazione del Semestre in esame.
Il numero dei pazienti ricoverati in questo I semestre 2007 è stato 107 con un trend positivo rispetto al 2006 (97 pz: + 10%). In generale i pazienti dimessi vivi, in condizioni stabili o migliorate, sono 67, pari al 62.6%.
I deceduti nella popolazione generale sono stati 14, corrispondenti al 13.1%:
i dimessi contro parere dei sanitari sono stati pari a circa il 10% dei ricoverati.
La percentuale di trasferiti mediante 118 per improvviso aggravemento delle condizioni di salute generale è pari a circa il 14% della popolazione studiata.
All'interno di questa popolazione il 63% erano femmine mentre il 37% maschi:
I ricoveri sono stati suddivisi per area di patologia dominante con la predominanza delle patologie geriatriche (58%) seguite da Ortopedia ((23%), Rianimazione (15%), Oncologia (4%).
Tra i pazienti in generale l'età media era di 76 anni circa, con una età media ridotta di 51 anni circa nella media dei ricoverati con malattia oncologica. La durata della degenza media era stata di circa 55 giorni, con degenza più lunga per i malati ortopedici (65 giorni) e più breve per i malati oncologici (35 gg)
Tra tutti i ricoverati presso la RSA Residence Futura il 22.4% (24) sono stati ricoverati nei sette posti letto che la Struttura ha destinato ai Malati più gravi, trachestomizzati e non, provenienti dalle Rianimazioni o da Strutture di Urgenza presenti nel territorio del SSN.
Il numero dei dimessi in condizioni migliorate all'interno di questo gruppo è pari al 37.5% della popolazione (9), in media con analoghe risultanze statistiche della letteratura internazionale.
Il numero dei deceduti all'interno di questo gruppo è pari a circa il 20%, mentre i trasferiti mediante 118 al più vicino nosocomio è pari al 25%. Da considerare che il 16.7% (4) della popolazione in esame ha chiesto ed ottenuto di essere dimessi nonostante parere contrario espresso dai sanitari.
Se alla popolazione generale sottraessimo la popolazione di malati sub-acuti – evidentemente più gravi nelle loro condizioni cliniche e con prognosi più infausta, allora avremmo su un totale di 83 pazienti avremmo una percentuale di pazienti dimessi vivi (stabili o migliorati) del 69% (58 pazienti) ; I deceduti sono pari al 10% circa (9) ; I malati che sono stati trasferiti presso il 118 sono pari al 10% (9 pz).
I malati invece che hanno richiesto trasferimento presso altra struttura o domicilio nonostante parere contrario dei sanitari è pari all'8% (7)
Conclusione. Questi dati l'importanza della Riabilitazione da effettuare in RSA, anche su soggetti non totalmente Geriatrici.
Risalta altresì il ruolo delle RSA – purché particolarmente attrezzate sia per strumentazione che per vocazione – all'Assistenza del malato Sub-Acuto proveniente dai reparti di Rianimazione e con problemi attivi aperti ed elevata mortalità intrinseca.

Associazione fra misure di funzione fisica e dolore

M. Santoro, M.R. Lo Monaco[1], G. Colloca, A. Gangarossa, A. Cocchi, R. Bernabei, M. Cesari

Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [1] Department of Aging and Geriatric Research, University of Florida, Gainesville, FL

Scopo. Il dolore rappresenta una condizione clinica particolarmente frequente in età avanzata. È stato dimostrato che la sintomatologia dolorosa è strettamente associata ad una perdita della qualità di vita. Inoltre, il dolore rappresenta un importante fattore di rischio per outcome di estrema rilevanza nell'anziano, quali la disabilità e l'istituzionalizzazione. Nel corso delle ultime due decadi, accanto alle tradizionali misure di funzione fisica (quali le scale delle ADL (1) e le IADL(2)), sono stati sviluppati ulteriori strumenti atti a valutare in maniera oggettiva la performance fisica dell'anziano. In particolare, il test della velocità del cammino (3) e la Short Physical Performance Battery (SPPB) (4) hanno assunto un ruolo di primo piano, in considerazione della loro capacità di predire eventi avversi correlati allo stato di salute (es. mortalità, disabilità, istituzionalizzazione) e alla loro associazione con condizioni cliniche (es. comorbidità) e subcliniche (es. sarcopenia, infiammazione). Il presente studio si propone di confrontare diverse misure di funzione fisica nella loro possibile associazione con il dolore.
Materiali e metodi. Le presenti analisi sono state eseguite su 46 pazienti ospedalizzati, arruolati consecutivamente, riferiti al Servizio di Diagnostica Cardiovascolare del Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria dell'UCSC (Roma) per l'esecuzione di esami EcoDoppler e/o ecocardiografici. Tutti i pazienti hanno fornito consenso informato per iscritto alla partecipazione. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università. Per le presenti analisi, sono state considerate le seguenti variabili indipendenti di interesse: 1) velocità del cammino sui 4 metri (1) [Il paziente veniva invitato a camminare alla sua solita andatura su un percorso di 4 metri. Il tempo impiegato veniva registrato e la velocità (in m/sec) utilizzata per le presenti analisi]; 2) SPPB (2) [Il paziente veniva valutato mediante questo strumento validato, costituito da tre componenti: il test del cammino, il test della sedia, ed il test dell'equilibrio. I risultati delle tre prove venivano categorizzati secondo cut-point prestabiliti. La somma dei punteggi (range 0-12) è stata utilizzata per le presenti analisi]; 3-4) ADL (3) e IADL (4) [Il numero di ADL ed IADL non compromesse è stato utilizzato per le seguenti analisi]. L'outcome di interesse è costituito dalla dolore percepito dal paziente. Tale sintomatologia è stata misurata mediante scala visuo-analogica validata per l'utilizzo in popolazioni anziane (5). Il test consiste in una linea millimetrata della lunghezza di 10 cm sulla quale il paziente appone una croce in base alla severità del dolore percepito (range 0-100, dove 100 rappresenta il dolore massimo). Analisi di regressione lineare (aggiustate per età, sesso, fumo, BMI, MMSE, GDS, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, tumore, ictus/TIA, deficit uditivo e/o visivo, arteriopatia obliterante arti inferiori, artrosi, BPCO, ipertensione arteriosa, osteoporosi, utilizzo di FANS e di oppiacei) sono state condotte fra le misure di funzione fisica e la scala del dolore. Lo spessore carotideo miointimale, un marker di invecchiamento e quindi in grado di fornire una stima dell'età biologica dei pazienti, è stato utilizzato come potenziale mediatore dell'associazione studiata. Per permettere il confronto fra le diverse misure di funzione fisica, queste sono state riscalate in base alla loro deviazione standard (DS; test del cammino 0.28639 m/sec, SPPB 2.935, ADL 1.343, IADL 2.498).
Risultati. La popolazione era caratterizzata da un'età media di 78.4 anni ed una prevalenza di donne (54.3%). Il campione, inoltre, presentava le seguenti prevalenze per le principali condizioni cliniche: cardiopatia ischemica 32.6%, scompenso cardiaco 10.9%, tumore 23.9%, ictus/TIA 17.4%, artrosi polidistrettuale 65.2%, BPCO 39.1%, diabete mellito 30.4%. Ad eccezione della scala delle IADL, tutte le altre misure di funzione fisica erano significativamente ed inversamente associate al dolore nei risultati dalle regressioni lineari non aggiustate (test del cammino β=-0.014, p=0.004; SPPB β=-0.010, p=0.04; ADL β=-0.011, p=0.03; IADL β=-0.006, p=0.22). L'inclusione nei modelli dei potenziali fattori confondenti non modificava in maniera significativa tali risultati (test del cammino β=-0.017, p=0.005; SPPB β=-0.015, p=0.004; ADL β=-0.013, p=0.01; IADL β=-0.011, p=0.10). Tali risultati si confermavano anche quando lo spessore medio miointimale veniva considerato come ulteriore covariata dei modelli aggiustati (test del cammino β=-0.020, p=0.001; SPPB β=-0.016, p=0.004; ADL β=-0.013, p=0.02; IADL β=-0.013, p=0.08).
Conclusione. La velocità del cammino, la SPPB e la scala ADL sono inversamente associate con la sintomatologia dolorosa in misura sostanzialmente sovrapponibile. Risultati simili, ma non statisticamente significativi sono stati ottenuti anche per la scala IADL. Tali associazioni sono risultate essere indipendenti da fattori sociodemografici, clinici e biologici.

Bibliografia

1 Katz S, et al. JAMA 1963;184:94-9.
2 Lawton MP, et al. Gerontologist 1969;9:179-86.
3 Guralnik JM, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55A:M221-31.
4 Guralnik JM, et al. N Engl J Med 1995;332:556-61.
5. Huskisson EC. Lancet 1974;9:1127-31.

Esperienza di attività assistita con i cani in RSA

L. Scaglia, S. Abate, A. Ferrari, C. Morelli, V. Pace, L. Trotti; D. Gilberti, S. Pensieri, D. Piacentini; B. Chizzoli

Fondazione "Ospedale e Casa di Riposo Nobile Paolo Richiedei", Gussago (Brescia)

Scopo della ricerca. Analisi osservazionale dell'esperienza condotta dall'aprile 2006 ad oggi nella RSA Richiedei, Gussago: problematiche, vantaggi e prospettive di sviluppo dell'attività assistita con i cani.
Materiali e metodi. La ricerca si è svolta presso la RSA che ospita 94 persone in 4 Nuclei: 2 Nuclei per persone non autosufficienti compromesse prevalentemente dal punto di vista clinico-funzionale, 1 Nucleo Alzheimer, 1 Nucleo per stati vegetativi persistenti/permanenti. Secon-

do la classificazione SOSIA della regione Lombardia così distribuiti: classe 1 29.4% - classe 2 1,8% - classe 3 31,2% - classe 4 3,7% - classe 5 8,3% - classe 6 6,4% - classe 6 6,4% - classe 7 12.9% - classe 8 6,4%. I pazienti sono stati selezionati in base ad una valutazione iniziale di gradimento dell'attività col cane, alle patologie e ad obiettivi comuni da perseguire. La scelta dei cani è stata affidata ad un veterinario e ad un istruttore referente del gruppo Argo, unità cinofila della Protezione Civile. In tutto sono state coinvolte nove coppie conduttore-cane. Fasi dell'attività:

- fase preparatoria: presentazione del progetto all'amministrazione, agli operatori, ai parenti degli ospiti;
- fase operativa aprile 2006 – gennaio 2007: attività svolta con gruppi omogenei di ospiti (54 pazienti di cui: 18,5% classe 1, 0 classe 2, 29,6% classe 3, 5,6%classe 4, 11,1% classe 5, 11,1% classe 6, 16,7% classe 7, 7,4% classe 8) con la presenza per ciascuno di un educatore, di un fisioterapista, di una/due coppie conduttore-cane e dei parenti eventualmente interessati. L'osservazione di questi incontri è stata rilevata tramite una scheda di valutazione tratta da "Una esperienza di Pet Therapy in aiuto alla malattia di Alzheimer" di La Spina & Gori.
- Fase di verifica condotta congiuntamente al gruppo Argo febbraio 2007: necessità di applicazione di una scheda di valutazione più completa e sua elaborazione integrata delle notizie riguardanti caratteristiche dei cani, indicazione per trattamenti individuali, bisogno di maggior conoscenza delle patologie da parte dei cinofili e necessità di maggiore integrazione dell'attività con la vita del nucleo (scelta degli ambienti, piani di lavoro);
- fase di sviluppo da marzo 2007 a oggi: attualmente si svolgono a cadenza quindicinale 4 sedute di gruppo della durata di un'ora (1 gruppo di ospiti nel nucleo Alzheimer, 3 gruppi di ospiti nei nuclei non autosufficienti totali) e tre sedute individuali della durata di 20 minuti (2 ospiti in stato vegetativo persistente, 1 ospite in stato evoluto di demenza). Ogni seduta è seguita da una riunione di verifica tra fisioterapiste, educatrici, cinofili e geriatra responsabile dell'RSA

Risultati. Per trovare indicatori validi a misurare i risultati dell'attività con i cani sui pazienti si rendeva necessaria una cadenza più frequente degli incontri, ma questo non può realizzarsi in quanto i limiti della disponibilità dei cinofili si scontra con le esigenze di reparto; pertanto si ritiene di continuare a valutare l'attività tramite la ricerca degli elementi costanti rilevati attraverso la scheda. Gli elementi costanti sono: nei pazienti del nucleo Alzheimer riduzione dell'aggressività durante le sedute; la permanenza del ricordo del cane nei giorni successivi e da una seduta all'altra; rievocazione di animali avuti in gioventù; il bisogno di una relazione diretta con il cane (lo stimolo non viene percepito se proposto in gruppo); nei pazienti non autosufficienti miglioramento delle abilità motorie; aumento dell'agilità (tramite deambulazione con il cane al guinzaglio o percorsi ad ostacoli); migliore integrazione in attività relazionali di gruppo; nei pazienti apallici evidenza di segni di calma come riduzione della frequenza respiratoria, sorriso e riduzione dell'ipertono;per quanto riguarda gli aspetti organizzativi gli operatori direttamente coinvolti nell'attività hanno modificato il piano di lavoro agevolando lo svolgimento degli incontri e dimostrando l'accettazione dell'attività; l'équipe ha trovato un nuovo punto di incontro e di crescita che ha favorito i rapporti interpersonali; gli operatori turnisti hanno dimostrato alcune resistenze nonostante l'adesione teorica iniziale; l'Ente ha finanziato ad una fisioterapista dell'èquipe la partecipazione ad un corso di Pet Therapy organizzato dall'Associazione Dogymclub di Milano; si è sperimentato con successo l'integrazione di un gruppo esterno di volontari nella struttura.

Conclusioni. Lo svolgimento dell'attività assistita con il cane in RSA se svolta con regolarità, in sicurezza e costante rilevazione delle osservazioni di ogni seduta, rappresenta un modo per utilizzare canali di comunicazione sensoriali perduti e di conseguenza favorire la socializzazione e il contatto con l'ambiente. Alcuni ospiti che non partecipano alle altre attività del tempo libero di nucleo sono coinvolti da questa esperienza.

Indagine conoscitiva sull'attività delle UVA del Lazio

S. Scalmana[1], A. Mastromattei[1], F. Franco[1], N. Vanacore[2], D. Di Lallo[1]

[1] Lazio Sanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Roma; [2] Istituto Superiore di Sanità.

Scopo. L'Istituto Superiore di Sanità, nel Maggio 2006, ha promosso un censimento nazionale riguardante l'attività delle Unità Valutative Alzheimer (UVA). La raccolta e l'elaborazione dei dati, per la Regione Lazio, è stata coordinata da Lazio-Sanità-Agenzia di Sanità Pubblica, con lo scopo di valutare l'attuale offerta assistenziale per le persone affette da demenza.

Materiali e metodi. Sono state coinvolte le 34 UVA operanti nella Regione (25 Ospedaliere: UVA-O e 9 Territoriali: UVA-T), alle quali è stato inviato un questionario che ha raccolto, oltre ai dati identificativi, informazioni riguardanti il funzionamento (ore di apertura, ore di accessibilità settimanali), il volume di attività (n. pazienti in carico), il personale presente, la rete assistenziale prevista (esistenza di un percorso diagnostico assistito, presa in carico di continuità assistenziale, attività assistenziali direttamente fornite dalla struttura), le modalità organizzative (esistenza di una struttura di coordinamento e di un archivio computerizzato) e le scale di valutazione adottate per la diagnosi.

Risultati. Si evidenzia un'ampia variabilità dell'offerta: nel Lazio sono mediamente presenti 3,4 UVA ogni 100.000 abitanti ultra65, con un range che va da 1,6 (ASL di Viterbo) a 7 (ASL RM E). Le UVA che offrono una apertura settimanale di almeno 5 giorni sono 20 su 34 (59%): 17 UVA-O e 3 UVA-T. Delle 25 UVA-O, 22 dispongono dell'equipe diagnostica base (medico e neuropsicologo): 15 offrono fino a 10 ore di prestazione professionale al giorno, 6 offrono tra 12 e 22 ore ed 1 offre 42 ore di disponibilità della suddetta equipe. Delle 9 UVA-T 5 dispongono dell'equipe base: 4 offrono 9 ore al giorno di prestazione dell'equipe e 1 offre 14 ore al giorno. Nelle UVA-O la presenza dell'equipe diagnostica, in ore cumulate, va da un minimo di 4 ore, per una media di 3 pazienti valutati al giorno (tempo medio dedicato per persona: 1 ora e 20), fino a 42 ore di servizio, per una media di 13 pazienti valutati al giorno (tempo medio dedicato per persona: ore 3,15). Nelle UVA-T l'offerta diagnostica erogata dall'equipe va da 2 ore, per 5 pazienti in media al giorno (il tempo dedicato a ciascun paziente è di circa 25 minuti), fino a 14 ore, per 7 pazienti al giorno (ogni paziente usufrui-

sce del servizio per 30 minuti). Le UVA-O dispongono di un maggior numero di figure professionali non strutturate, spesso in formazione: il personale volto alla riabilitazione cognitiva è presente in 8 centri su 25, mentre le figure professionali volte alla riabilitazione motoria sono presenti in 9 UVA-O, e in 3 UVA-T. L'infermiere è presente in 17 UVA-O e in 5 UVA-T. Tra le 25 UVA-O, 9 hanno una presenza di infermieri per almeno 4 ore giornaliere, 7 centri da 5 a 7 ore, ed 1 centro per 11 ore. Tra le UVA-T, 4 dispongono dell'infermiere per un numero di ore giornaliere che va da 2 a 6, e 1 centro per 11 ore giornaliere. La figura dell'assistente sociale è presente in 6 UVA-O (presenza giornaliera in ore varia da 1 a 5) ed in 5 UVA-T (1centro dispone di 1 ora giornaliera, 2 centri di 2 ore, 2 centri di 6 ore). Un "percorso diagnostico assistito", inteso come una modalità operativa formalizzata che garantisca l'integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, risulta presente in 23 UVA-O ed in 6 UVA-T. Le UVA che forniscono direttamente sia la "valutazione neuropsicologica", che la "visita specialistica" e il "ricovero in day hospital", sono 27 (22 UVA-O e 5 UVA -T). Una "presa in carico di continuità assistenziale" (interventi integrati e coordinati direttamente dall'UVA) viene assicurata da 13 UVA-O e da 8 UVA-T. Delle 22 UVA che dichiarano di definire un "percorso assistenziale"(percorso unificato di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari) 14 sono Ospedaliere e 8 Territoriali. L'attività assistenziale maggiormente offerta, seppure non sempre inserita in un percorso assistenziale strutturato, è il "counseling e attività di supporto ai familiari", presente in 17 UVA-O e in tutte le UVA-T. L'attività offerta in misura minore è la possibilità di ricovero in nuclei speciali presso le RSA (presente in 5 UVA) o in strutture di lungodegenza (presente in 6 UVA). Il numero di persone in carico dichiarato dalle singole UVA risulta estremamente variabile (min. 87 pazienti – max 1.000 pazienti). Complessivamente, alla data della rilevazione (31/5/2006) 17.432 soggetti risultano in carico presso le UVA, con un tasso di prevalenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne regionale pari all'1,8%.

Conclusione. Le UVA risultano più numerose nel territorio del Comune di Roma (4,2 UVA per 100.000 ultra65), rispetto al resto della Regione (2,5 UVA per 100.000 ultra65). Rispetto alle figure professionali presenti, le UVA-O si caratterizzano per una maggiore presenza di personale preposto alla diagnosi (medici, neuropsicologi, spesso in formazione) mentre le UVA-T dispongono di figure professionali tradizionalmente deputate all'assistenza (infermieri, assistenti sociali). Il tasso di prevalenza rilevato nell'indagine (1,8%) risulta notevolmente inferiore alla stima di prevalenza della demenza nella popolazione italiana rilevata dallo Studio ILSA (6%). Questo risultato evidenzia che una parte consistente dei soggetti affetti da tale patologia non risulta afferire alle UVA, la cui caratterizzazione come Centri per la diagnosi e il trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer, nel tempo, potrebbe essersi rivelata un limite rispetto all'obiettivo di presa in carico globale di tutti i soggetti affetti da una forma di demenza. A livello regionale non esiste una struttura di coordinamento delle attività delle UVA, né un registro dei casi dei soggetti affetti da demenza, mentre la creazione di un archivio centrale, sistematicamente aggiornato, principalmente rispetto allo stato in vita, consentirebbe di pianificare più adeguatamente la rete dei servizi.

Demenza e malnutrizione in una popolazione afferente ad un nucleo Alzheimer riabilitativo

F. Scapellato, A. Fontanella, I. Engaddi, A. Cantoni, C. Negri Chinaglia

UOS Dipartimentale Riabilitazione Alzheimer, ASP IMMeS Pio Albergo Trivulzio (PAT), Milano

Scopo. Nella popolazione geriatrica il riscontro di malnutrizione proteico energetica (mpe) soprattutto se associata a decremento ponderale è comune e rappresenta un fattore prognostico negativo di mortalità e morbilità, in pazienti (pz) già malnutriti o a rischio di mln perché aumenta il periodo di ospedalizzazione e la mortalità; nei pz con Demenza ed in particolar modo con Demenza Alzheimer (AD) la perdita di peso ed il conseguente rischio di mln può caratterizzare tutto il decorso della malattia con diversa variabilità e condizionato da fattori comportamentali (iporessia, scarso appetito), cognitivi, metabolici e ambientali. Scopo dello studio è valutare le relazioni esistenti tra performance cognitive, funzionali e comportamentali e presenza di alterazione degli indici nutrizionali biochimici in una popolazione anziana affetta da demenza AD e non AD di grado moderato e severo, consecutivamente ricoverata presso il Nucleo Alzheimer (NA) Riabilitativo del PAT nel periodo febbraio-giugno 2007, in parte proveniente dal domicilio ed in parte dall'ospedale per recente intervento di chirurgia ortopedica per frattura femore,

Materiali e metodi. 88 pz (68 F 20 M) età media: 85,1 ± 7,2 aa di seguito ricoverati nel NA IDR sono stati sottoposto a valutazione multidimensionale cognitiva con Mini Mental State (MMSE) (range 0-30), funzionale con Indice Barthel (BI) (range: 0-100) comportamentale con Neuropsychiatric Inventory (NPI) (range 0-144) e gravità demenza (CDR 1-5) Tutti i pz erano affetti da Demenza (criteri DSM IV); di questi il 47,7% (42 pz) era affetto da AD (criteri NINCDS-ADRDA), 29,5% (26 pz) da VAD (criteri NINDS-AIREN), 3,4% (3 pz) da depressione. La popolazione studiata era caratterizzata da un livello globale di compromissione severa sia cognitiva (MMSE: media 9,04 ± 7,4) che funzionale (BI media: 34,9 ± 30,6) associata a disturbi del comportamento (NPI: media 21 ± 14,01), Gravità demenza: CDR 1: 6.8%, CDR 2: 36.3%, CDR 3: 29.5%, CDR 4: 17%, CDR 5: 3.4%. In tutti i pz è stato effettuata all'ingresso una valutazione nutrizionale dei paramentri biochimici di malnutrizione: transferrina (range: 200-400 mg/dl), colesterolo totale (range:150-190 mg/dl), prealbumina (range: 22-40 mg/dl), albumina (range: 3,5-5 mcU/ml), pseudoCHE (range: 5.400-13200 U/L), folati (range: 3.10-17.50 ng/ml), Vit. B12 (range: 197-866 pg/ml).

I pz sono stati suddivisi in 2 Gruppi: *Gruppo 1*: 69 pz (77.2%) di provenienza domiciliare ricoverati per diagnosi, gestione di problemi del comportamento, problematiche internistiche e riabilitazione funzionale; *Gruppo 2*: 19 pz (22,8%) trasferiti dall'Ospedale per recente intervento di frattura femore. Entrambi i gruppi sono stati valutati e confrontati per tutte le variabili in esame e gli indici nutrizionali sono stati correlati con età, livello cognitivo (MMSE), funzionale (BI), comportamentale (NPI) e livello di gravità della demenza (CDR).

Risultati. Il *Gruppo 1* di provenienza domiciliare risultava meno compromesso sul piano funzionale (BI: 42,10 ± 31,2 *vs*10,8 ± 7,6), cognitivo (MMSE: 9,48 ± 7,79 *vs*. 7,35 ± 6,32), comportamentale (NPI: 21,64 ± 14,56 *vs*. 18,83 ± 12,05) ri-

spetto al *Gruppo 2*, pur in assenza di significatività statistica all'analisi. La gravità della demenza nel *Gruppo 1* risultava significativamente inferiore ($p < 0,05$) rispetto al *Gruppo 2* (CDR 2,5 ± 0,922 *vs.* 3,15 ± 0,812). Il *Gruppo 2* presentava inoltre più frequenti alterazioni dei parametri nutrizionali (prealbumina, 100% *vs.* 71%; transferrina 84.2% *vs.* 47.8%; colesterolo totale 21% *vs.* 27.5%; pCHE 78.94% *vs.* 29% albumina 78.9% *vs.* 17.40% ; folati 21% *vs.* 11.6%; Vit B12 10.5% *vs.* 2.9%) pur senza raggiungere la significatività statistica. Solo i valori medi dei folati e della Vit. B12 risultavano normali in entrambi i Gruppi.
Nessuna correlazione significativa è stata trovata tra età, livello cognitivo, funzionale e comportamentale all'ingresso ed indici nutrizionali considerati, ma la prevalenza dei deficit nutrizionali è risultata elevata nei nostri pz ed in particolare nei pz con Demenza severa (CDR 3 52.6%).
Conclusione. Il riscontro di una maggiore prevalenza di deficit nutrizionale in pazienti affetti da demenza di grado severo (CDR3) e la presenza di livelli di gravità di demenza significativamente più elevati tra i pazienti affetti da frattura recente, suggerisce che l'ospedalizzazione può peggiorare le performance cognitive e, in conseguenza di ciò determinare il mantenimento nel tempo di un quadro malnutritivo che frequentemente si instaura nel periodo post-chirurgico. È necessario inoltre approfondire le relazioni tra demenza e malnutrizione, in relazione al livello di gravità della malattia e alla presenza e gravità dei deficit funzionali e dei disturbi del comportamento.

Uso diffuso della scheda di valutazione multidimensionale in ambito ospedaliero geriatrico: risultati di 2 anni di sperimentazione

M. Sebastiani[1], L. Spazzafumo[2], C. Sirolla[2], F. Salvi[3], A. Brancati[4], L. Repetto[4], B. Mazzei[4], A. Corsonello[4], A. Scuteri[4], W. Gianni[4], D. Postacchini[4], E. Giannandrea[4], R. Perra[4], G. De Tommaso[4] (per il gruppo di studio nazionale INRCA – Progetto VMD)

[1] Direzione Sanitaria d'Istituto INRCA; [2]Centro di Biometria e Statistica Sanitaria, INRCA; [3]Clinica di Medicina Interna, Università "Politecnica delle Marche"; [4]U.U.O.O Geriatria, INRCA Ancona, Fermo, Appignano, Roma, Casatenovo, Cagliari e Cosenza

Scopo. La popolazione rappresentata dagli "anziani fragili" presenta delle caratteristiche che possono essere sintetizzate nei termini di cronicità, fragilità e ridotta autonomia, situazioni che si traducono in una elevata comorbilità ed in una ridotta qualità di vita. Il processo di valutazione multi dimensionale geriatrica si inquadra in questo contesto, nell'accertamento e misurazione dei bisogni post acuzie dell'anziano fragile al fine di favorire i successivi interventi socio sanitari territoriali (1, 2, 3). In Italia le sperimentazioni di somministrazione della VMD in ambito ospedaliero sono hanno avuto carattere spontaneo e sperimentale. L'INRCA ha sviluppato un processo di Valutazione Multi Dimensionale Geriatrica (VMD) in forma routinaria che dal 2005 consente di individuare in maniera sistematica e riproducibile le esigenze assistenziali e socio-assistenziali di tutti i pazienti ricoverati ed eleggibili. Scopo del presente studio è quello di valutare l'efficacia clinica della VMD nella configurazione adottata e la sua utilità nella definizione dei bisogni assistenziali.

Materiali e metodi. Il progetto di Valutazione Multi Dimensionale Geriatrica coinvolge le UU.OO. di tutte le Sedi INRCA distribuite nel territorio nazionale (Ancona, Fermo, Appignano, Roma, Casatenovo, Cagliari e Cosenza) con posti letto di degenza ordinaria. Sono state somministrate dal 2005 ad oggi 7350 VMD di pazienti "eleggibili" con età superiore ai 70 anni, non affetti da una malattia in fase terminale con prognosi infausta e non in situazione di allettamento completo o in condizioni di completa dipendenza da più di 6 mesi. A tali pazienti è stata somministrata la VMD che comprende il seguente protocollo standardizzato di scale e test: scala di Comorbidità (CIRS), MMSE, GDS-15, BADL, IADL, SF12, scala sul supporto sociale (Lubben Scale), e valutazione socio-economica. I questionari sono stati somministrati dall'equipe medico-infermieristica delle UU.OO ed è stata prodotta una lettera contenente uno schema di sintesi della VMD che accompagna il paziente alla dimissione dall'ospedale.
Risultati. La somministrazione della VMD ha posto in evidenza come il 70% dei pazienti studiati presso gli ospedali INRCA risultino avere più di tre malattie con punteggio CIRS ≥ 2 (comorbidità elevata) e la maggior parte di loro (tra il 40% e il 70%) mostra un alto indice di severità della scala CIRS [4]. Lo stato cognitivo dei pazienti risulta compromesso (MMSE 22,8 ± 5,2) e lo stato psico-emozionale risulta essere influenzato da depressione medio-bassa (GDS 4,9 ± 3,6). I pazienti ricoverati presentano uno stato funzionale parzialmente compromesso; il 53,7% necessita di assistenza nelle attività quotidiane strumentali (IADL) ed il 27,3% necessita di assistenza nelle attività quotidiane di base (BADL). La percezione dello stato di salute misurato con l'SF12 non è buono nella generalità degli anziani (PCS 33, 4 ± 9,6 e MCS 42,1 ± 11,2); le donne mostrano un peggior livello di qualità della vita rispetto agli uomini (t-test 3,33 $p < 0,001$). La scala di Lubben mette in evidenza come il supporto sociale (caregiver) del paziente anziano fragile in Italia risulti ancora efficiente e di buona qualità.
Conclusioni. La somministrazione della scheda VMD così configurata, validata e standardizzata, consente di acquisire una oggettiva fotografia dei bisogni socio sanitari degli "anziani fragili" che vengono dimessi dagli ospedali INRCA, permettendo non solo di acquisire dati di indubbio valore scientifico ed epidemiologico, ma anche di fornire dati utili alla programmazione dei servizi da organizzare sul territorio per la popolazione anziana residente. Ciò in linea con le recentissime conclusioni del Progetto "Mattone" n.12 che confermano l'indispensabilità di un adeguato e corretto utilizzo della VMD.

Bibliografia

1. Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. J Gerontol Med Sci 2004;59A:473-7.
2. Graham E, Langhorne P, Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients British Medical Bullettin 2005;71:45-9.
3. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, Barnabei R. Impact of integrated home care services on hospital use. J Am Geriatr Soc 1999;47:1430-4.

4. Miller MD, Paradis CF, Houck PR et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. Psychiatry Res 1992;41:237-48.

Adipocitochine, invecchiamento e composizione corporea: osservazioni longitudinali

A. Sepe, C. Rinaldi, E. Zoico, A. Zivelonghi, L. Bissoli, G. Fontana, A. Tralci, F. Valbusa, O. Bosello

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche, Sezione di Geriatria. Università di Verona

Scopo. Non ancora del tutto noti sono gli effetti dell'invecchiamento sui livelli circolanti di leptina e adiponectina, le due principali adipocitochine prodotte dal tessuto adiposo. L'invecchiamento si associa a modificazioni della composizione corporea e ad alterazioni della funzione endocrina di diversi sistemi ormonali che potrebbero influenzare la produzione di leptina ed adiponectina dal tessuto adiposo. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare longitudinalmente gli effetti dell'invecchiamento sui livelli circolanti di leptina e adiponectina e identificare i predittori di tali modificazioni.
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto in un gruppo di soggetti anziani di entrambi i sessi, al momento dell'inclusione in buone condizioni di salute generale, di età compresa tra i 67 e 78 anni, con ampio range di BMI (18.2 e 36.3 Kg/m^2). Nessun paziente risultava in terapia insulinica, con ipoglicemizzanti orali e/o tiazolidinedioni, né all'inclusione nello studio, né durante il follow-up.
In tutti i soggetti sono stati valutati, all'inclusione nello studio e dopo un follow-up medio di 5.5 anni, parametri antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza vita e fianchi), metabolici (glicemia, insulina, insulino-resistenza mediante indice HOMA, fibrinogeno, creatinina e clearance della creatinina stimata mediante formula di Cockroft), e composizione corporea mediante DXA con misurazione di massa grassa totale (FM) e percentuale del peso corporeo (FM%). In 158 soggetti è stato possibile valutare i livelli di leptina al basale e al follow-up, mentre i valori di adiponectina sono risultati disponibili solo in 57.
Risultati. Nella casistica esaminata, dopo 5 anni di follow-up medio, pur in assenza di modificazioni significative del peso corporeo e/o del grado di insulino-resistenza, si è osservata riduzione significativa di FFM e nel gruppo delle donne incremento significativo di FM totale e circonferenza vita. Per quanto riguarda i livelli circolanti di adipocitochine in entrambi i sessi si è osservato incremento statisticamente significativo di leptina e di adiponectina, anche dopo aggiustamento per modificazioni della clearance della creatinina. Le modificazioni dei livelli circolanti di adipocitochine durante lo studio erano risultate significativamente associate a quelle di peso corporeo e FM totale in entrambi i sessi (la leptina con correlazione di segno positivo, l'adiponectina di segno negativo).
Nell'intera casistica le modificazioni di leptina e adiponectina durante lo studio risultavano strettamente associate tra loro con correlazione di segno negativo ($r = -0.399$, $p < 0.01$; $n = 58$). Esaminando in maniera crociata le modificazioni delle due adipocitochine durante lo studio, è stato possibile identificare un sottogruppo di soggetti che, parallelamente ad incremento di leptina e riduzione di adiponectina, presentavano valori significativamente incrementati al follow-up di peso corporeo, FM, insulinemia ed insulino-resistenza. Viceversa in un altro sottogruppo di pazienti la riduzione di leptina e l'incremento di adiponectina, si associavano al follow-up a decremento ponderale, diminuzione di FM, insulinemia e insulino-resistenza.
Conclusione. L'invecchiamento si associa a modificazioni nei livelli circolanti di adipocitochine, non di per sé stesso, ma attraverso modificazioni della composizione corporea. È possibile ipotizzare che le eventuali modificazioni delle adipocitochine siano di per sé responsabili dello stato di insulino-resistenza.

L'integrazione socio-sanitaria in due centri diurni Alzheimer

G. Sergio[1], G. Carbone[2], D. Carratelli[3], A. Falanga[3], M.T. Pacitti[3], E. Sodani[2], R. Conforti[1]

[1]Geriatra, A. G. E. Lazio, Roma; [2]Neurologo, U.V.A. e Centro Diurno Alzheimer, Italian Hospital Group, Guidonia, Roma; [3]Neurologo, Centro Diurno Azheimer "Arcobaleno", U.V.A. Ospedale S. Spirito, AUSL Roma E, Roma

Scopo. Sulla scia della Legge 381/2000 sull'integrazione socio-sanitaria nell'assistenza pubblica, gli Enti Locali e le Aziende Unità Sanitarie Locali hanno adottato modelli di assistenza integrata per i soggetti disabili di tutte le età. In particolare in "isole felici" dello "Scarpone", la terza età ha visto sorgere, a lei dedicati, i "Centri diurni integrati per anziani fragili" e i "Centri diurni Alzheimer" per soggetti affetti da demenza di grado lieve e medio, a gestione congiunta, mediante protocolli di intesa specifici, da parte dei Municipi (coordinati nel Comune di Roma dal V Dipartimento – Settore Anziani), delle Cooperative di servizio e delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.). Queste ultime, deliberate dai Consigli Regionali a livello nazionale nel 2000 per espletare il "progetto CRONOS" (1, 2) sugli effetti dei farmaci anticolinesterasici (3) (donepezil, rivastigmina, galantamina) nella malattia di Alzheimer in stadio lieve e medio (MMSE compreso fra 24 e 12), afferiscono alle AUSL, agli Istituti Universitari Statali, alle Aziende Ospedaliere, agli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) e hanno assolto il loro compito dal 1 ottobre 2000 al 30 marzo 2003. Attualmente i geriatri e i neurologi delle U.V.A. romane continuano a certificare la diagnosi di malattia di Alzheimer in stadio lieve e medio, ai fini della prescrizione degli anticolinesterasici in regime di concedibilità da parte del S.S.N. (nota 85), e inoltre accedono ai Centri Diurni Alzheimer per le valutazioni multidimensionali dei nuovi ospiti e per monitorare gli effetti dell'intervento assistenziale integrato socio-sanitario sui pazienti stessi. Scopo del presente studio è stato quello di: a) fare il punto sul funzionamento di due Centri Diurni Alzheimer di Roma a 5 anni di distanza dalla loro attivazione (anno 2002) e b) valutare gli effetti dell'intervento riabilitativo socio-sanitario sulla cognitività e sui disturbi comportamentali degli ospiti.
Materiali e metodi. Nel periodo gennaio 2006-maggio 2007 sono stati interessati allo studio due Centri Diurni Alzheimer: 1) International Hospital Group (IHG) nel Comune di Guidonia (Roma – AUSL RMG) e 2) "Arcobaleno" della AUSL Roma E, che ospita soggetti residenti nei Mu-

nicipi Roma XVII, XVIII, XIX e XX. Sono stati valutati i seguenti parametri: 1) indici di attività: giorni di attività; pazienti in carico; età media; sesso; durata media dell'ospitalità; frequenza accessi; n° operatori sociali, sanitari e socio-sanitari; rapporto operatori/utenti; 2) indici sociali: convivenza, tipologia del care-giver. I pazienti hanno ricevuto interventi socio-riabilitativi e hanno seguito un programma di attività riabilitativa, comprendente la stimolazione cognitiva (ROT), la terapia occupazionale e attività motorie di gruppo. Sono state applicate sugli ospiti le seguenti scale cliniche di valutazione all'atto della presa in carico e al termine del periodo di trattamento nei due Centri Diurni: CIRS, CDR, indice di Barthel, IADL, scala di Tinetti, MMSE, NPI. L'analisi statistica è stata condotta con t-test di Student per dati appaiati.

Risultati. I giorni di attività dei due Centri erano mediamente 5.5, i pazienti in carico 98, l'età media 78, le donne prevalevano (71%) sugli uomini, la durata dell'ospitalità era mediamente superiore a un anno, la frequenza media degli accessi 4, il n° medio di operatori 22, il rapporto operatori/utenti 0.45. La convivenza con un solo familiare prevaleva (63%) sulla convivenza con più persone e sul viver soli. La tipologia prevalente del caregiver era quella del figlio/a (57%) rispetto al coniuge (32%). Dopo intervento riabilitativo socio-occupazionale il punteggio medio della CIRS aumentava significativamente (da 1.36 a 1.43, $t = -2.556$, $p < 0.05$), la CDR non variava (da 1.81 a 1.80; $t = 0.134$), il Barthel si riduceva ma non significativamente (da 83.5 a 80.7, $t = 0.719$), le IADL si riducevano significativamente (da 2.0 a 1.3, $t = 3.921$, $p < 0.001$), la Tinetti si riduceva significativamente (da 24.8 a 21.4, $t = 3.576$, $p < 0.02$), il MMSE idem (da 17.4 a 16.3, $t = 2.419$, $p < 0.05$) e il NPI si riduceva ma non significativamente (da 22.0 a 20.5, $t = 0.398$).

Conclusione. L'attività dei due Centri si è rivelata adeguata alle necessità dell'utenza. Le variazioni negative delle scale funzionali, confrontabili con quelle osservate da altri Autori (4) dopo analogo periodo di ospitalità semiresidenziale nei due Centri diurni Alzheimer, sono in realtà minime: in particolare non è risultato un peggioramento dell'autonomia e la cognitività si è ridotta mediamente di un'entità lieve (calo di un punto circa al MMSE, contro una riduzione media di circa 4-5 punti in periodo confrontabile in soggetti non trattati in strutture semiresidenziali). Pertanto tali risultati sono relativamente positivi e sostengono l'appropriatezza degli interventi socio-occupazionali ivi condotti.

Bibliografia

1. Carratelli D, Falanga A, Pacitti MT. U.V.A. ASL RME: considerazioni su due anni di attività. Progetto CRONOS, 2003.
2. Carbone G, Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni B, Bartorelli L, et al. Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2005;187:450.
3. Sergio G, Tognetti A, Monini P, Capobianco G, Baglio S, Bartorelli L. Approccio farmacologico e non-farmacologico, isolato e combinato, nella malattia di Alzheimer. G Gerontol 2000;48:298.
4. Fabbo A, Mazzali D, Pradelli JM, Zucchi P, Baldelli MV. Riabilitazione cognitiva e demenza: l'esperienza del centro diurno. G Gerontol 2006;54:485.

Studio del polimorfismo C nel gene SLC6A4 che codifica per il trasportatore della serotonina (5HTT), nel deficit cognitivo e nella demenza in anziani ospedalizzati

D. Seripa[1], M. Franceschi[1 2], M.G. Matera[1], A. Pazienza[2], G. Placentino[2], G. D'Onofrio[2], L. Cascavilla[2], F. Paris[2], A. Pilotto[1 2].

[1]Laboratorio di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Ricerca, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); [2]U.O.C. di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG).

Scopo. Nella regione del promotore del gene del trasportatore della serotonina (SLC6A4) sono stati descritti tre polimorfismi chiamati A, B e C. Il polimorfismo C è stato associato in vari modi al disturbo ossessivo-compulsivo, alla perdita di memoria ed a vari disturbi del comportamento. Meno chiari sono i dati riguardanti l'associazione con il deficit cognitivo lieve/moderato (Cognitive Impairment-CI) e la demenza negli anziani ospedalizzati. Obiettivo di questo studio è la valutazione della prevalenza dei genotipi del polimorfismo C in pazienti anziani con deficit cognitivo e/o demenza, ovvero Mild Cognitive Impairment (MCI), Malattia di Alzheimer (AD) e Demenza Vascolare (VaD).

Materiali e metodi. Abbiamo valutato pazienti ultracinquantenni con accertato/sospetto deficit cognitivo/demenza mediante strumenti di valutazione clinica (MMSE, CDR, GDS), funzionale (ADL, IADL), comorbilità (CIRS) e strumentale (TAC, RMN). La diagnosi di demenza è stata fatta sulla base dei criteri del DSM-IV. I genotipi del polimorfismo C sono stati analizzati mediante l'osservazione diretta tramite elettroforesi su gel di agarosio del prodotto di PCR. L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del test Chi^2 di Pearson, il test esatto di Fisher per le variabili discrete e il test t di Student per le variabili continue.

Risultati. Sono stati inclusi nello studio un totale di 568 pazienti anziani (238 maschi e 330 femmine, età media 77.57 ± 7.11 anni, range = 50-100 anni) con diagnosi di AD (n = 105), MCI (n = 88), VaD (n = 128), e non deficit cognitivo accertato (NoCI) (n = 114).

Nessuna differenza significativa è stata osservata nella distribuzione di genotipo quando i singoli gruppi di diagnosi sono stati paragonati ai soggetti NoCI, o quando sono stati confrontati l'uno con l'altro. Come atteso dalle frequenze genotipiche, non è stata trovata alcuna differenza significativa nella distribuzione delle frequenze alleliche stimate nei singoli gruppi di diagnosi rispetto ai NoCI o quando i gruppi sono stati confrontati l'uno con l'altro.

Conclusione. In questo campione di soggetti anziani ospedalizzati, il polimorfismo C nella regione del promotore del gene SLC6A4 non sembra associato con il deficit cognitivo o con la demenza.

BIBLIOGRAFIA

Gelernter J, Cubells JF, Kidd JR, Pakstis AJ, Kidd KK. Population studies of polymorphisms of the serotonin transporter protein gene. Am J Med Genet 1999;88:61-6.

Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, Benjamin J, Muller CR, Hamer DH, Murphy DL. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Science 1996;274:1527-31.

Alisky JM. Neurotransmitter depletion may be a cause of dementia pathology rather than an effect. Med Hypotheses 2006;67:556-60.

Effetti sulle funzioni cognitive della terapia adiuvante nel cancro del colon in pazienti anziani

S. Serra, A. Silvestri, V. Petrella, C. Mocerino, L. Chianese, G. Moniello, A. Gambardella

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo II Università di Napoli

Introduzione. Crescenti evidenze scientifiche, negli ultimi anni, hanno dimostrato una correlazione tra lo sviluppo di deficit cognitivi ed i diversi trattamenti polichemioterapici anticancro. Lo sviluppo di problematiche cognitive conseguenti ai trattamenti polichemioterapici è stato dimostrato in percentuali di pazienti variabili da studio a studio (fino anche al 40%) ed i meccanismi alla base delle alterazioni cognitive non sono ancora del tutto chiari. La gran parte degli studi è stata condotta in pazienti giovani affetti da carcinoma mammario o linfoma che ricevevano trattamenti chemioterapici composti da più farmaci utilizzati in combinazione (antracicline, cisplatino, 5-fluorouracile, methotrexato, ciclofosfamide etc.). Non esistono ad oggi lavori che hanno ricercato effetti negativi sulle funzioni cognitive di regimi terapeutici composti da un solo farmaco, la gran parte degli studi, inoltre, ha arruolato solo soggetti adulti in età non geriatrica. Per tale motivo abbiamo voluto verificare gli effetti cognitivi di un regime terapeutico a base di 5-fluorouracile (5FU) in pazienti anziani affetti da cancro del colon.
Pazienti e metodi. Abbiamo reclutato 18 pazienti (età media 69 ± 3,7 anni, range 56-76 anni) operati di cancro del colon allo stadio C sec. Dukes da sottoporre a trattamento chemioterapico adiuvante secondo lo schema: 5FU 500 mg/mq ev + Acido folinico 500 mq/mq ev settimanalmente per 6 volte ogni 8 settimane per un totale di 4 cicli (per un totale di 32 settimane). Criteri di inclusione dello studio sono stati i seguenti: a) cancro del colon stadio C sec. Dukes. (assenza di malattia metastatica); b) Mini Mental Status Examination (MMSE) corretto per età e scolarità > 24 c) Assenza di turbe delle affettività valutata mediante Geriatric Depression Scale (GDS); d) Assenza in anamnesi di storia di malattie neuropsichiatriche e di uso di alcolici e/o droghe; e) Assenza di compromissione funzionale ai test delle Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Le funzioni cognitive dei pazienti sono state valutate mediante la Mental Deterioration Battery (MDB) in basale (pre-chemioterapia), a 7 giorni dalll'ultima somministrazione ed a 6 mesi dall'interruzione del ciclo terapeutico. Veniva, inoltre valutata la presenza di astenia mediante la scala FACT-G e la comorbidità mediante la Charlson scale.
Risultati. Al termine dello studio 16 pazienti erano valutabili. Alla valutazione effettuata alla fine del ciclo terapeutico si riscontrava impairment cognitivo per le aree della memoria a breve termine e della memoria visiva nel 43,7% dei pazienti. Nel follow up a 6 mesi veniva riscontrato un sostanziale recupero delle funzioni cognitive compromesse nel 71,4% dei pazienti dello studio. Alla valutazione mediante la scala FACT-G veniva verificata una moderata correlazione positiva tra il grado di astenia-fatigue ed il riscontro di deficit cognitivo (Odds Ratio 2,8). Analoga correlazione è stata riscontrata per il grado di coomorbidità e la presenza di deficit cognitivo (Odds Ratio 3,1).
Conclusioni. Il 5FU ha mostrato di poter indurre deficit cognitivo in misura correlata al grado di fatigue e di comorbidità nei pazienti anziani affetti da cancro del colon. Anche nel soggetto anziano le alterazioni cognitive post-chemioterapia possono essere transitorie e reversibili.

Associazione fra misure di funzione fisica e sintomatologia depressiva

S. Settanni, M.R. Lo Monaco[1], D. Fusco, A. Ferrini, A. Cocchi, R. Bernabei, M. Cesari

Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [1] Department of Aging and Geriatric Research, University of Florida, Gainesville, FL

Scopo. La presenza di sintomi depressivi nell'anziano è stimata fra il 12 ed il 20% nella popolazione generale. Gli elevati costi associati alla sintomatologia depressiva (sia a livello clinico che socio-economico) impongono lo studio di tale condizione e l'identificazione degli strumenti atti a prevenirla. In considerazione di a) la stretta relazione fra depressione e disabilità, b) l'importanza che la funzione fisica ricopre nel soggetto anziano per il mantenimento dell'indipendenza (e quindi di una qualità di vita adeguata), e c) il valore predittivo ampiamente dimostrato delle misure di funzione fisica per importanti outcome in geriatria (es. disabilità, mortalità), il presente studio si propone di confrontare 4 misure comunemente utilizzate di funzione fisica nel loro rapporto con la sintomatologia depressiva.
Materiali e metodi. Le presenti analisi sono state eseguite su 46 pazienti ospedalizzati, arruolati consecutivamente, riferiti al Servizio di Diagnostica Cardiovascolare del Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Fisiatria dell'UCSC (Roma) per l'esecuzione di esami EcoDoppler e/o ecocardiografici. Tutti i pazienti hanno fornito consenso informato per iscritto alla partecipazione. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università. Per le presenti analisi, sono state considerate le seguenti variabili indipendenti di interesse: 1) velocità del cammino sui 4 metri[1] [Il paziente veniva invitato a camminare alla sua solita andatura su un percorso di 4 metri. Il tempo impiegato veniva registrato e la velocità (in m/sec) utilizzata per le presenti analisi]; 2) Short Physical Performance Battery (SPPB)[2] [Il paziente veniva valutato mediante questo strumento validato, costituito da tre componenti: il test del cammino, il test della sedia, ed il test dell'equilibrio. I risultati delle tre prove venivano categorizzati secondo cut-point prestabiliti. La somma dei punteggi (range 0-12) è

stata utilizzata per le presenti analisi]; 3-4) ADL[3] e IADL[4] [Il numero di ADL ed IADL non compromesse è stato utilizzato per le seguenti analisi]. Le presenti analisi sono state svolte utilizzando come outcome la variabile continua ricavata dai punteggi ottenuti alla scala Geriatric Depression Scale (GDS, 15 item)[5]. Analisi di correlazione Pearson sono state eseguite fra misure di funzione fisica e l'outcome dello studio. Analisi di regressione lineare (aggiustate per età, sesso, fumo, BMI, MMSE, GDS, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, tumore, ictus/TIA, deficit uditivo e/o visivo, arteriopatia obliterante arti inferiori, artrosi, BPCO, ipertensione arteriosa, osteoporosi, utilizzo di farmaci antidepressivi) sono state condotte fra le misure di funzione fisica e la sintomatologia depressiva. Lo spessore carotideo miointimale, un marker di invecchiamento e quindi in grado di fornire una stima dell'età biologica dei pazienti, è stato utilizzato come potenziale mediatore dell'associazione studiata. Per permettere il confronto fra le diverse misure di funzione fisica, queste sono state riscalate in base alla loro deviazione standard (DS; test del cammino 0.28639 m/sec, SPPB 2.935, ADL 1.343, IADL 2.498).
Risultati. La popolazione (età media 78.4 anni, donne 54.3%) era caratterizzata dalle seguenti prevalenze per le principali condizioni cliniche: cardiopatia ischemica 32.6%, scompenso cardiaco 10.9%, tumore 23.9%, patologia cerebrovascolare 17.4%, artrosi polidistrettuale 65.2%, BPCO 39.1%, diabete mellito 30.4%. Tutte le misure di funzione fisica erano significativamente ed inversamente correlate alla scala della GDS (test del cammino $r = -0.544$, $p < 0.001$; SPPB $r = -0.418$, $p = 0.004$; ADL $r = -0.559$, $p < 0.001$; IADL $r = -0.508$, $p < 0.001$). Le analisi di regressione lineare aggiustate per potenziali fattori confondenti confermavano il rapporto fra funzione fisica e sintomatologia depressiva (test del cammino $\beta = -3.449$, $p = 0.001$; SPPB $\beta = -2.492$, $p = 0.07$; ADL $\beta = -3.040$, $p = 0.01$; IADL $\beta = -1.844$, $p = 0.03$). La velocità del cammino rimaneva il test di funzione fisica maggiormente associato alla scala GDS anche dopo l'inclusione dello spessore medio carotideo miointimale come ulteriore covariata (test del cammino $\beta = -3.649$, $p = 0.001$; SPPB $\beta = -2.443$; $p = 0.08$; ADL $\beta = -3.018$, $p = 0.01$; IADL $\beta = -1.813$, $p = 0.04$). Non sono state riportate interazioni significative del sesso e/o dell'età nel rapporto fra funzione fisica e la scala GDS (tutti i valori delle p per i termini di interazione > 0.1).
Conclusione. Le misure di funzione fisica (in particolare la velocità del cammino) sono inversamente associate con la sintomatologia depressiva, indipendentemente da fattori sociodemograifici, clinici e biologici. I presenti risultati confermano l'importanza della valutazione della funzione fisica nell'anziano, ponendo le basi per studi futuri atti ad esplorare se interventi per migliorare la funzione fisica siano di beneficio anche sullo stato umorale e viceversa.

Bibliografia

[1] Katz S, et al. JAMA 1963;184:94-9.

[2] Lawton MP, et al. Gerontologist 1969;9:179-86.

[3] Guralnik JM, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55A:M221-31.

[4] Guralnik JM, et al. N Engl J Med 1995;332:556-61.

[5] Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention 165-173, NY: The Haworth Press, 1986

Impatto del diabete sulla storia naturale dello scompenso cardiaco

A. Sgadari, M. Tosato, S. Aquila, C. Palmacci, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo. Il diabete è una patologia comunemente associata allo scompenso cardiaco e questa comorbidità è associata ad una prognosi peggiore dello scompenso cardiaco.(1) Alcuni dati in letteratura suggeriscono che la combinazione delle due patologie abbia un impatto differente nei soggetti di sesso maschile e in quelli di sesso femminile. L'obiettivo del presente studio è quello di determinare l'effetto del diabete sulla mortalità e sulla ospedalizzazione in pazienti affetti da scompenso cardiaco, di valutare se tale effetto varia in relazione al sesso in diverse coorti di età.
Materiali e metodi. Abbiamo condotto analisi secondarie sulla casistica del trial Digoxin Investigation Group (DIG). Dei 7788 pazienti affetti da scompenso cardiaco arruolati nello studio, 2218 (28%) avevano una diagnosi di diabete. Per poter confrontare pazienti con e senza diabete, è stato calcolato il propensity score(2) utilizzando un modello di regressione logistica. Tale strategia ha consentito di selezionare 2056 pazienti con diabete e 2056 non diabetici con caratteristiche al baseline molto simili.
Risultati. L'età media del campione era 64 anni, il 27% di sesso femminile. La mortalità per tutte le cause si è registrata nel 25% (135/549) e nel 39% (216/559) delle donne senza e con diabete, rispettivamente (hazard ratio {HR} = 1.73; intervallo di confidenza al 95% {CI} = 1.40–2.15; $p < 0.0001$). Tra gli uomini la mortalità da tutte le cause è stata del 36% (535/1507) e del 41% (609/1497) nei pazienti rispettivamente senza e con diabete (HR = 1.17; 95% CI = 1.04–1.31; $p = 0.008$). L'associazione tra sesso e diabete per la mortalità era statisticamente significativa solamente in pazienti di età ≥ 65 anni (aumento del rischio assoluto nelle donne pari al 15%, con un valore di $p = 0.001$), ma non in pazienti di età < 65 anni (aumento del 2%; $p = 0.407$). Il rischio relativo (95% CI) per l'ospedalizzazione nelle donne e negli uomini era rispettivamente 1.49 (1.28–1.72; $p < 0.0001$) e 1.21 (1.11–1.32; $p < 0.0001$) con una interazione sesso-diabete significativa da un punto di vista statistico ($p = 0.008$).
Conclusione. I nostri dati suggeriscono che in un'ampia popolazione di pazienti affetti da scompenso cardiaco da lieve a moderato, la presenza di diabete è associata ad un aumentato rischio di mortalità ed ospedalizzazione. I dati suggeriscono, inoltre, che gli effetti negativi del diabete sono più accentuati nelle donne. Questa differenza è evidente soprattutto nella popolazione anziana.

Bibliografia

1. Shindler DM, Kostis JB, Yusuf S, et al. Diabetes mellitus, a predictor of morbidity and mortality in the Stud-

ies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Trials and Registry. Am J Cardiol 1996;77:1017-20.

2. Rosenbaum PR, Rubin DB. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. J Am Stat Asso 1984;79:516-24.

Correlazione tra frequenza cardiaca e deficit cognitivo

G. Sgrò, C. Callipo, M. Sestito, C. Pellegrino, F. Fera

Fondazione Betania Onlus Centro Polivalente Anziani, Catanzaro

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare se esiste una correlazione tra la frequenza cardiaca e il deficit cognitivo.
Materiali e metodi. Abbiamo esaminato un gruppo di 31 donne ricoverate presso un modulo della nostra struttura. Abbiamo misurato la frequenza cardiaca valutata al polso radiale, ed esaminato l'ultimo MMSE somministrato in ordine temporale. Abbiamo analizzato i dati in modo semplice, cercando di verificare, in un raffronto diretto fra i parametri esaminati, se vi fosse una correlazione diretta o inversa tra di loro.
Risultati. L'età media delle pazienti del gruppo esaminato è di 86 ± 16 anni; di questi il 9,67% ha un'età compresa tra i 65-74 anni, il 41,90% ha tra i 75-84 anni, il 32,20% ha tra gli 85-94 anni e il 12,90% ha un'età ≥ 95 anni. La frequenza cardiaca media e di 78 ± 14 b/min. L'analisi dei MMSE somministrati mostra un punteggio grezzo medio 15 ± 15, di questi 13 (41,9%) hanno totalizzato un punteggio pari a zero. Abbiamo correlato in modo diretto la frequenza cardiaca al MMSE (Fig. 1) e l'età, la frequenza e il punteggio ottenuto al MMSE (Fig. 2).

Fig. 1.

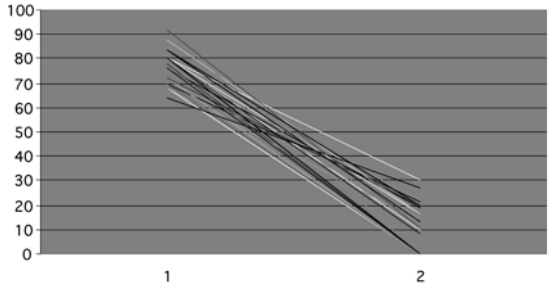
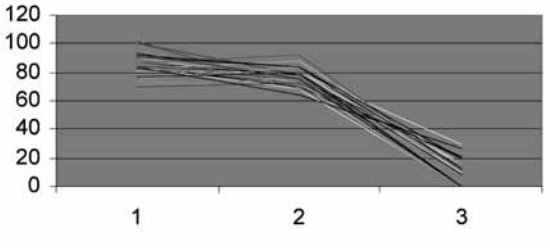


Fig. 2.



È evidente dall'analisi dei grafici ottenuti una correlazione inversa tra la frequenza cardiaca e il punteggio ottenuto al MMSE, e tra l'età, la frequenza cardiaca e il punteggio al MMSE.
Conclusioni. I risultati ottenuti dimostrano una possibile correlazione tra la disfunzione cardiaca autonomica, in particolare un decremento dell'attività parasimpatica e il deficit cognitivo in una popolazione di donne non autosufficienti ricoverate in casa protetta. Questo risultato, pur se limitato nella sua significatività statistica dal basso numero dei soggetti arruolati, si correla con quello ottenuto da altri studi (1), in verità pochi, presenti in letteratura sull'argomento. Pertanto, sono necessari ulteriori studi, su una coorte di pazienti numericamente più significativa e che includa anche il sesso maschile, per cercare di capire come la disfunzione cardiaca autonomica si correli alla fisiopatologia del deficit cognitivo, magari attraverso una bassa perfusione cerebrale e quindi un'ischemia cronica persistente, come al momento dimostrato solo nei ratti (2).

Bibliografia

1. Kim DH, Lipsitz LA, Ferrucci L, Varhadan R, Guralnik JM, Carlson MC et al. Association between reduced heart rate variabilità and cognitive impairment in older disabile women in the community. J Am Geriatr Soc 2006;54:1751-7.
2. Li D, Du Cy, Tang XJ, Jin YX, Lei T, Yao Y et al. Change of heart rate variability and impairment of learning and memory induced by cerebral ischemia/reperfusion in rats. Sheng Li Xue Bao 2007;59:35-41.

Efficacia del trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

R. Sicuteri[9], F. Fusco[1], A. Pizzocaro[2], E. Ghigo[3], R. Rago[4], G. Vaccarella[5], F. Mantero[6], P. Scarano[7], F. Romanelli[8], A. Rossi[9], V. Mirone[1]

[1]Clinica Urologica Università degli Studi "Federico II", Napoli; [2]Istituto Clinico Humanitas - U.O. Endocrinologia e Diabetologia Rozzano (MI); [3]Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Università di Torino; [4]Unità Operativa di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Ospedale Civile "S. Maria Goretti" Latina; [5]Unità Operativa di Urologia, Azienda Ospedaliera "V. Cervello" Palermo; [6]Endocrinologia Osp. di Padova; [7]Reparto di Urologia servizio di Andrologia Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini; [8]Dipartimento di Fisiopatologia Medica Servizio di Seminologia Università "La Sapienza" - Policlinico Umberto I; [9] Direzione Medica Eli Lilly Italia

Scopo. Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato soggetti (S) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica; i medici erano liberi di prescrivere qualunque terapia per la DE, inclusi i PDE5i disponibili sul mercato e di cambiare terapia in qualunque momento nel corso dello studio. Una significativa percentuale di S ha preferito continuare ad assumere la terapia di partenza per tutto lo studio.

Materiali e metodi. Nei 129 centri italiani coinvolti, dal 2003 al 2004, sono stati arruolati 1419 S di età ≥ 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o specialista di iniziare un trattamento per DE o cambiare quello in atto. 714 hanno completato lo studio assumendo continuativamente il farmaco prescritto alla baseline: Tadalafil (T = 535pz) ; Sildenafil (S = 75pz) ; Vardenafil (V = 66pz) . L'efficacia dei diversi trattamenti è stata valutata con i seguenti parametri: IIEF-Q 6, 7 e14; domini di time concerns, spontaneità e self-confidence dello SF-PAIRS; EDITS-Q1; SIQ1 (è accaduto negli ultimi 6mesi che la tua erezione sia stata insufficiente ad iniziare o completare il rapporto?) e SIQ2 (la terapia che hai assunto ha risolto il tuo problema?) ; GAQ1 (la terapia che hai assunto nelle ultime 4 settimane ha migliorato la tua funzione erettile?) e GAQ2 (se si, questo trattamento a migliorato la tua capacità di intraprendere attività sessuali?). I pz hanno anche riportato il massimo intervallo di tempo intercorso tra assunzione del farmaco e rapporto. Il confronto tra i gruppi di trattamento è stato eseguito con un'analisi multivariata, aggiustata per le differenze basali.
Risultati. Non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di efficacia, soddisfazione del paziente, self-confidence e spontaneità tra i diversi trattamenti. Il dominio"time-concerns"dello SF-PAIRS è maggiormente migliorato con T *vs.* S e V. Il massimo intervallo di tempo trascorso tra assunzione e rapporto sessuale era di 21,4h con T, 6,6 con S e 7,7 con V.
Conclusione. Questo studio conferma che i 3 PDE5i non presentano sostanziali differenze in termini di efficacia. Tadalafil tuttavia si distingue per la sua maggiore durata d'azione, che determina un migliore impatto sulla preoccupazione di dover programmare il rapporto sessuale nella finestra d'efficacia del farmaco e di completarlo prima che l'effetto svanisca.

Prevalenza della neuropatia periferica in pazienti anziani sottoposti a chemioterapia e correlazione con QOL, tono dell'umore, ADL e IADL

A. Silvestri, S. Serra, V. Petrella, C. Mocerino, L. Chianese, E. Comitale, G. Moniello, A. Gambardella.

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo. Seconda Università di Napoli

Introduzione. Uno degli effetti collaterali più comuni della chemioterapia e spesso sottovalutato è la neuropatia periferica, più facilmente osservabile dopo che si sono effettuati alcuni cicli di chemioterapia e nel caso si utilizzino particolari farmaci quali il cisplatino, gli alcaloidi della vinca ed i taxani.
Dal punto di vista clinico la neuropatia periferica indotta da chemioterapici si può manifestare con disestesie/parestesie, riferite dal paziente come sensazione di bruciore o formicolio, debolezza muscolare o senso di intorpidimento prevalentemente alle mani e ai piedi.
Scopp. Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza della neuropatia periferica in un gruppo di pazienti anziani (età > 70 anni), sottoposti a chemioterapia per differenti tipi di neoplasie e l'impatto sul tono dell'umore (ansia/depressione), ADL/IADL e qualità della vita (Qol).
Materiali e metodi. Da gennaio 2006 a giugno 2007 abbiamo osservato 130 pazienti, (58 maschi e 72 femmine), con età superiore ai 70 anni, tutti sottoposti a chemioterapia (CT) a base di platino e derivati, alcaloidi della vinca e taxani per differenti tipi di neoplasie solide (NSCLC, Ca mammella, Ca colon, Ca testa-collo). I pazienti sono stati sottoposti in basale, dopo 3 e sei cicli di CT a VGM e particolare attenzione è stata rivolta al tono dell'umore (GDS), agli aspetti funzionali (ADL/IADL) e alla qualità di vita (QLQ-C30). Dopo tre e sei cicli di chemioterapia, mediante esame clinico, abbiamo valutato la comparsa di neuropatia periferica ed eventualmente studiato la sua gravità secondo la scala del WHO. Abbiamo, quindi, stabilito le correlazioni con tono dell'umore, aspetti funzionali e qualità di vita.
Risultati. La neuropatia periferica si è presentata nel 20% dei casi (26 pazienti) con tossicità di grado 1. 6 pazienti hanno sviluppato una tossicità di grado 2 al termine del trattamento. In un solo paziente è stata osservata una tossicità di grado 3 che ha portato all'interruzione del trattamento. La presenza della neuropatia correlava direttamente con la compromissione della Qol ($p = 0.02$), delle IADL ($p = 0.07$), con l'ansia ($p = 0.001$) e significativamente con la depressione ($p < 0.001$). Nessuna variazione veniva osservata per le ADL.
Conclusioni. La neuropatia periferica rappresenta un frequente effetto collaterale della chemioterapia con importanti ripercussioni sulla qualità di vita e sul tono dell'umore dei pazienti anziani. Dal momento che le possibilità di trattamento sono scarse è essenziale osservare accuratamente i pazienti al fine valutare il grado di tale tossicità nel tentativo di attuare, ove necessario, eventuali aggiustamenti del trattamento polichemioterapico.

L'anemia si associa al declino della performance degli arti inferiori nei soggetti anziani ospedalizzati

F. Sioulis[1], G. Guerra[1], M. Cavalieri[1], M. Ranzini, C. Maraldi, J.M. Guralnik[2], R. Fellin[1], S. Volpato[1]

[1] Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Ferrara; [2] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, NIH, Bethesda, MD, USA

Scopo. Diversi studi hanno dimostrato che l'autonomia funzionale dei soggetti anziani si riduce in seguito ad ospedalizzazione per patologia acuta[1]. Nel paziente anziano inoltre, bassi livelli di emoglobina sono associati a declino funzionale e disabilità[2, 3]. Scopo di questo studio è di verificare l'associazione tra anemia e perdita dell'autonomia funzionale, misurata mediante la Short Physical Performance Battery (SPPB), in soggetti anziani ospedalizzati.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 92 pazienti di età superiore a 65 anni ricoverati per patologia medica acuta presso la nostra unità operativa; requisiti essenziali erano l'assenza di un grave deterioramento cognitivo (MMSE > 18) e la capacità di deambulare autonomamente. La presenza di anemia è stata definita secondo i criteri dell'OMS (Hb < 13 g/dl nell'uomo e Hb < 12 g/dl nella donna). La SPPB, una batteria di tre test di performance fisica degli arti inferiori (test dell'equilibrio statico, velocità del cammino e alzarsi cinque volte consecutivamente da una sedia) è stata somministrata a 48 ore dall'ingresso in reparto e nelle ultime 24 ore prima della dimissione.

Risultati. L'età media del campione era di 77.7 anni (77 ± 6.4); il 48.9% erano donne e la prevalenza di anemia era 47.8% (rispettivamente il 44.4% delle donne e il 51% degli uomini). Il livello di emoglobina era direttamente correlato sia ad una migliore performance fisica all'ingresso (r:.24; p = 0.042) che ad un miglioramento dell'autonomia funzionale nel corso della degenza (beta 0.36: p = 0.006), anche dopo aggiustamento per età, sesso, stato cognitivo, comorbilità e disabilità nelle BADL (beta: 0.24; P = 0.042). Viceversa la presenza di anemia è risultata inversamente correlata al grado di autonomia funzionale. In particolare il 29.2% dei soggetti anemici ha presentato un peggioramento della performance fisica durante il ricovero rispetto al 10.8% dei soggetti non anemici. La regressione logistica multivariata ha confermato questo dato mostrando che i soggetti anemici hanno una probabilità quattro volte superiore (Odds Ratio: 4.0; 95% Intervallo di Confidenza: 1.0-14.9) di peggiorare il punteggio SPPB rispetto ai soggetti non anemici dopo aggiustamento per fattori confondenti.
Conclusioni. Nei soggetti anziani la presenza di anemia è associata ad un maggior rischio di peggioramento dello stato funzionale. Il trattamento dell'anemia potrebbe rappresentare un utile intervento per prevenire il declino funzionale nei soggetti anziani ospedalizzati

Bibliografia

1. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, Zuliani G, Fellin R. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. J Gen Intern Med 2007;22:668-74.
2. Maraldi C, Blè A, Zuliani G, Guralnik JM, Mussi C, Fellin R, Volpato S. Association between anemia and physical disability in older patients: Role of comorbidity. Aging Clin Exp Res 2006;18:485-92.
3. Maraldi C, Volpato S, Cesari M, Cavalieri M, Onder G, Mangani I, Woodman RC, Fellin R, Pahor M. Anemia and recovery from disability in activities of daily living in hospitalized older persons. J Am Geriatr Soc 2006;54:632-6.

Iperglicemia da stress nell'anziano: effetto sulla mortalità intraospedaliera

I. Sleiman, R. Rozzini, A. Morandi, A. Ricci, P. Barbisoni, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Promessa. È nota l'associazione tra iperglicemia in corso di malattia acuta, sia nei pazienti con diagnosi nota di diabete che con iperglicemia da stress, e mortalità intra-ospedaliera. Numerosi dati in letteratura descrivono questo rapporto in pazienti con infarto acuto del miocardio e in soggetti ricoverati in terapia intensiva sia medica che chirurgica. A nostra conoscenza non vi sono dati che descrivano quest'associazione anche in una popolazione eterogenea di pazienti anziani critici con elevata comorbilità.
Scopo dello studio. Determinare l'associazione tra valori di glicemia e mortalità in pazienti anziani ricoverati in Unità di Terapia Sub-Intensiva per patologia acuta.
Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato su 1155 pazienti (età media: 79.2+8.4; sesso femminile: 50.5) ricoverati consecutivamente dal gennaio 2003 al gennaio 2006 presso l'Unità di Cura Sub-Intensiva (UCSI) dell'Ospedale Poliambulanza di Brescia. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base alla presenza o meno di diagnosi nota di diabete. Ogni gruppo è stato stratificato a seconda dei valori di glicemia a digiuno determinata all'ingresso: a) glicemia compresa tra 60-126 mg/dl, b) tra 127 e 180 mg/dl e c) glicemia > 180 mg/dl. Sono stati inoltre rilevati i seguenti parametri: età, sesso, diagnosi d'ingresso, APACHE II-APS score, comorbilità (Charlson Index), numero di farmaci assunti, colesterolemia e albuminemia, stato mentale (Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale), stato funzionale (Barthel index, IADL), ore di ricovero in UCSI e giornate di ricovero in ospedale.
Risultati. La mortalità intraospedaliera nel gruppo dei pazienti diabetici è stata del 8.8% nei pazienti con glicemia tra 60-126mg/dl, del 12.7% nel gruppo con glicemia compresa tra 127 e 180 mg/dl e del 13.2% nei pazienti con glicemia all'ingresso > 180 mg/dl (p = 0.506). Utilizzando la stessa stratificazione nei pazienti non diabetici la mortalità è stata rispettivamente del 11.3%, 17.3% e 34.3% (p < 0.0001). In questi pazienti è stata pertanto effettuata un analisi multivariata al fine di valutare i predittori indipendenti di mortalità. Dopo correzione per i fattori confondenti, identificati nell'analisi univariata (età, APACHE II-APS score, numero di farmaci, IADL, stroke, tumore), elevati valori sono indipendentemente associata alla mortalità (p = 0.0003).
Conclusioni. Lo studio ha evidenziato l'associazione tra iperglicemia e mortalità in particolare nei pazienti non diabetici ricoverati per patologia acuta. È di interesse sia biologico che clinico la differenza dell'effetto dell'iperglicemia nei pazienti diabetici e non, nella prospettiva di un possibile riarrangiamento dei meccanismi di tolleranza. Rimane da determinare se uno stretto controllo glicemico, in questa popolazione, sia in grado di modificare positivamente l'outcome mortalità

Stress dei caregiver di pazienti anziani in assistenza domiciliare: risultati dello studio ADHOC

M. Soldato, R. Liperoti, F. Landi, G. Onder, R. Bernabei

Dipartimento di Gerontologia e Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione. La presenza di stress del caregiver è stata associata ad un aumentato rischio di ricoveri ospedalieri e di istituzionalizzazione. Lo scopo di questo studio osservazionale è stato quello di analizzare e identificare i predittori di stress dei caregiver di anziani seguiti in assistenza domiciliare in Europa e di valutare se la risposta allo stress variava nei differenti paesi.
Metodi. I dati utilizzati sono quelli del progetto AD-HOC (AgeD in HOme Care), uno studio che ha arruolato pazienti di età > 65 anni in assistenza domiciliare in 11 paesi Europei (Danimarca, Finlandia, Rep. Ceca, Italia, Francia, UK, Svezia, Olanda, Germania, Norvegia e Islanda).

Risultati. L'età media dei partecipanti era 82.4 anni (Deviazione Standard 7.3), il 35,4% dei caregiver viveva con i pazienti. Il 7,5% dei caregiver riferiva stress con una prevalenza che variava dall'1% in Svezia al 17% in Italia. Nel campione complessivo, il numero dei sintomi depressivi (Odds Ratio 1.38, 95% Confidence Intervals 1.27-1.49), il CPS score (OR 1.19, 95% CI 1.10-1.30), il numero di ADL compromesse (OR 1.36, 95% CI 1.25-1.47) e il numero di disturbi comportamentali (OR 1.28, 95% CI 1.04-1.58) erano significativamente associati con lo stress dei caregiver. Analizzando i dati separatamente per ogni paese, tali fattori risultavano costantemente associati con lo stress dei caregiver. I caregiver stressati erano significativamente più favorevoli, rispetto a quelli che non riferivano stress, a ritenere che il paziente fosse meglio assistito in un altro contesto abitativo (15.3% vs. 6.7%, p<0.001). Tuttavia questa associazione variava sostanzialmente da paese a paese. La volontà di aumentare l'aiuto fornito al paziente non differiva significativamente tra caregiver stressati e non stressati (8.1% vs. 6.6%, p=0.10). Anche in questo caso l'associazione variava sostanzialmente da paese a paese.
Conclusioni. Tra i caregiver di pazienti anziani in regime di assistenza domiciliare, indipendentemente dal paese in cui vivono, la depressione, il numero di ADL compromesse, il numero di disturbi comportamentali e lo stato cognitivo sono associati ad un aumentato stress. Tuttavia, la risposta allo stress dei caregiver varia a seconda dei differenti paesi.

Fattori predittivi di durata di delirium in un setting di riabilitazione geriatrica

S. Speciale[1 2], F. Magnifico[1 2], E. Lucchi[1 2], A. Marrè [1 2], R. Turco[1 2], F. Guerini[1 2], E. Barisione[1 2], G. Bellelli[1 2], M. Trabucchi[2]

[1]UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona, e[2] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Scopo del lavoro è studiare le caratteristiche cliniche del delirium e valutare i fattori che possono predirne la durata in un setting riabilitativo geriatrico.
Materiali e metodi. Sono stati inclusi tutti i soggetti con età ≥ 65 afferiti all'UO di Recupero e Riabilitazione Funzionale della Casa di Cura "Ancelle della Carità" nel periodo tra il 1° giugno 2004 e 31 Dicembre 2006, ad eccezione dei soggetti con recente stroke (da meno di tre mesi), grave deficit visivo (punteggio > 14 alla tavola optometrica convenzionale) e presenza di patologia che controindichi l'assunzione della posizione seduta o della stazione eretta. Tutti i pazienti sono stati sottoposti all'ammissione a valutazione geriatrica multidimensionale, che ha incluso variabili demografiche (età, sesso e scolarità), cliniche (Charlson Index, e Acute Physiology and Chronic Health Evaluation- APACHE II score), nutrizionali (Body Mass Index BMI – e albumina sierica), funzionali (Barthel Index e Instrumental Activities of Daily Living IADL) e cognitive (Clinical Dementia Rating scale, CDR). Il Mini Mental State Examination (MMSE) è stato somministrato a tutti i pazienti prima della dimissione. Per la diagnosi di delirium è stato utilizzato l'algoritmo diagnostico del Confusion Assessment Method (CAM) all'ingresso e ripetuto ogni giornata di degenza.

Tab. I. Associazione di tra durata del delirium e alcune variabili clinico-funzionali potenzialmente associate.

	B	SE	p
Età	-.179	.156	.25
Sesso	-.696	2.26	.76
Body Mass Index (BMI)	.149	.206	.47
Albumina	1.81	2.4	.45
Proteina C reattriva (ingresso)	-.125	.199	.65
Colesterolo	-4.16	.019	.038
APACHE II (in delirium)	.321	.295	.28
MMSE	-.745	.198	.000
Clinical Dementia Rating Scale (CDR)	-1.68	1.26	.18
Barthel Index Ammissione	-7.52	.044	.18
IADL perse	.472	.390	.23
Charlson Index	.260	.204	.85

Risultati. Dei 1502 pazienti ricoverati nel periodo dello studio, 223 (14,9%) hanno sviluppato delirium (194 delirium prevalente e 29 delirium incidente). 103 pazienti con delirium sono stati esclusi o per i criteri suddetti o per la presenza di malattia acuta che ha reso necessario il ricovero in reparto per acuti o ne ha provocato la morte. I dati si riferiscono a 120 soggetti (105 prevalenti e 15 incidenti). I pazienti che hanno sviluppato delirium erano principalmente donne (74%), di età media di oltre 83 anni, compromessi dal punto di vista cognitivo. La durata media totale del delirium, sia prevalente che incidente, è stata di circa 13 giorni. In un modello di regressione lineare sono stati testate alcune variabili in grado di predire, in modo indipendente, la durata del delirium. L'analisi ha dimostrato che la presenza di decadimento cognitivo (MMSE), bassi livelli di colesterolo (fragilità biologica) e numero di farmaci all'ingresso in reparto predicevano una maggiore durata del delirium.
Conclusione. I nostri dati confermano l'alta prevalenza di delirium nei setting riabilitativi. Inoltre suggeriscono che le variabili in grado di predire la durata del delirium sono i deficit cognitivi e la fragilità biologica.

Bibliografia

Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine 1990;113:941-8.

Analisi del percorso di cura di un gruppo di anziani colpiti da ictus cerebrale: un anno di osservazione

A.L. Spinelli[1], E. Nardi[2], O. Stambuco[2]

[1]Geriatra, U.O. Medicina, Ospedale Civile di Spoleto (PG); [2] Informatici P.O. Spoleto (PG)

Scopo. Nei Paesi Occidentali l'ictus cerebrale (200-400 eventi/100.00 abitanti) rappresenta la terza causa di morte

e la prima causa di disabilità negli anziani. In Italia l'ictus è responsabile di 130.000 nuovi casi/anno e del 10-12% dei decessi annui: un recente studio italiano ha documentato un tasso di mortalità del 28% dopo un mese. È lo sviluppo della disabilità (fisica e cognitiva) a rappresentare il vero target della ricerca scientifica, della pianificazione di interventi di prevenzione I e II, nonché dell'attuazione di misure mediche urgenti volte a limitare l'entità del deficit neurologico.

Obiettivi di questo lavoro sono:

1) verifica dell'attuale percorso di cura dell'anziano colpito da ictus cerebrale: ingresso in DEA, gestione fase acuta presso l'U.O. di Medicina (manca infatti la Neurologia), dimissione ;

2) realizzazione di un "Percorso Stroke", alla luce delle Linee Guida Spread 2005 (1), volto alla corretta selezione del paziente eleggibile per la trombolisi intravenosa (la maggiore incidenza di trasformazione emorragica si correla con l'età), governo fase acuta, attuazione di programmi riabilitativi personalizzati.

Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale retrospettivo, volto ad analizzare il percorso di cura di 95 soggetti colpiti da ictus cerebrale, afferiti presso il Presidio Ospedaliero di Spoleto e ricoverati presso l'U.O. di Medicina, nel 2006. La valutazione è stata effettuta attraverso la presa visione delle cartelle cliniche e l'informatizzazione dei dati. L'ictus ischemico è stato classificato in rapporto al territorio coinvolto in: TACI, PACI, LACI, POCI. La presenza di Leucoaraiosi (2,3), all'ingresso, è stata studiata come predittore di ictus ischemico ed emorragico.

Risultati. L'osservazione è stata condotta su 85 soggetti colpiti da ictus ischemico (i restanti 10 avevano un ictus emorragico). La distribuzione dei casi ha visto: 36 LACI, 20 PACI, 14 POCI, 15 TACI.

La classe di età più colpita è risultata essere quella tra i 75 e gli 84 anni (47,4%).

Dopo stratificazione di tabelle di contingenza è emersa l'assenza di significatività statistica tra singoli fattori di rischio (ipertensione, diabete mellito, ipercolesterolemia, FA in TAO e non in TAO, stenosi carotidea, placche arco aortico, cardiopatia ischemica cronica, scompenso cardiaco, cardiopatia dilatativa, storia di ictus e TIA, fumo, alcool) e sottotipi di ictus ischemico, dato il numero limitato dei casi. La valutazione dell'associazione tra diabete, ipertensione, presenza di Leucoaraiosi (osservata in 57 soggetti all'ingresso) e probabilità di insorgenza di ctus ischemico, non ha dimostrato alcuna correlazione statisticamente significativa, a causa dell'esiguità del campione. Soltanto il 25% dei soggetti colpiti da ictus ischemico è arrivato in Pronto Soccorso entro 3 ore ed il 19,6% entro 6 ore. Veramente bassa è risultata, infine, la percentuale di soggetti avviati ad un percorso riabilatitivo: 5 casi tra i TACI, 3 tra i PACI, 1 dei LACI.

Conclusione. Al fine di sfruttare la finestra terapeutica utile per la trombolisi intravenosa (3-6 ore), emerge la necessità di ridurre i tempi di arrivo in Ospedale attraverso un'adeguata formazione del personale medico e paramedico operante nel Territorio, nonché della famiglia dei soggetti a rischio di ictus.

La gestione della fase acuta impone specifiche competenze internistiche e neurologiche, oltrechè una visione globale dell'anziano, individuando nel Geriatra una delle figure raccordanti competenze multi-disciplinari e specificità professionali (cultura della "fragilità").

I soggetti osservati sono stati trattati in fase acuta esclusivamente con terapia antiaggregante. Ne è residuta, in alcuni casi, una disabilità neurologica dall'elevato impatto funzionale. Da qui la necessità di indirizzare risorse umane e tecnologiche verso la riabilitazione geriatrica, vero outocome negativo di tale studio, rappresentando il recupero funzionale l'obiettivo prioritario del processo di cura in età avanzata, soprattutto là dove il "Percorso Stroke" non abbia potuto utilizzare la rivascolarizzazione precoce come terapia vincente.

BIBLIOGRAFIA

Spread, IV edizione. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, 2005.

Inzitari D, Di Carlo A, et al. The cardiovascular outocome of patients with motor impairment and estensive leukoaraiosis. Arch Neurol 1995;52:687-91.

Yamauchi H, Fukuda H, et al. Significance of white matter high intensity lesions as a predictor of stroke fronim arteriolosclerosis. J Neurol. Neurosurg Psycchiatry 2002;72:576-82.

Distribuzione della massa grassa in soggetti anziani con diverso indice di massa corporea

G. Stramaglia[1], G. Gugliemi[3], A. Greco[2], A. de Matthaeis [1], G. Vendemiale [1 2]

[1] Cattedra e Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Foggia; [2]U.O. di Medicina Interna, CSS, S. Giovanni Rotondo(Fg); [3] Cattedra di Radiologia, Università di Foggia

Scopo. Il progressivo aumento della vita media ed il miglioramento della qualità di vita della popolazione generale hanno determinato un crescente interesse medico su fenomeni che condizionano l'invecchiamento ed in particolare sul comportamento alimentare, sullo stile di vita, sullo svolgimento di attività fisica, ecc. L'obesità rappresenta la forma più comune di malnutrizione nei paesi industrializzati e quando questa assume la caratteristica distribuzione centrale diventa 'metabolicamente attivà e rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza di diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa e di accidenti cardio e cerebrovascolari. È noto peraltro che nell'anziano si assiste spesso ad un progressivo incremento ponderale concomitante ad una perdita della massa magra (obesità sarcopenica).

Scopo del nostro studio è stato quello di verificare nell'anziano le variazioni della composizione corporea ed, in particolare, la correlazione tra BMI ed aumento della massa grassa centrale.

Materiali e metodi. Sono stati studiati cinquanta pazienti anziani (31 M e 19 F) ricoverati presso l'U.O. di Medicina Interna dell'IRCCS "C.S.S" S.Giovanni Rotondo (FG) nel periodo 15/04/2007 - 25/06/2007. I soggetti sono stati sottoposti ad un'accurata anamesi ed alla valutazione dei seguenti parametri: 1)antropometrici: peso, altezza, BMI (body mass index) e circonferenza vita; 2)parametri ematochimici: glicemia, creatininemia, colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, transaminasemia, uricemia, ferritina, transferrina, sideremia, prealbumina, proteine totali

Fig. 1.

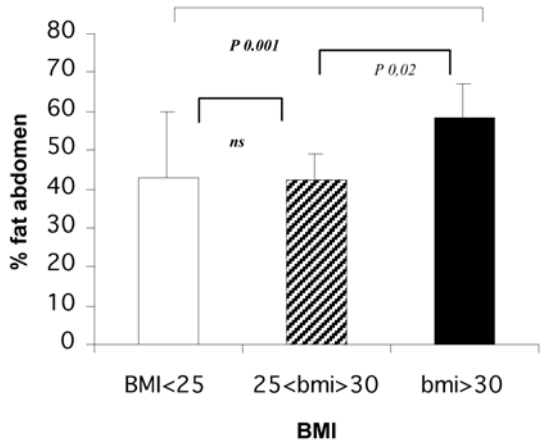
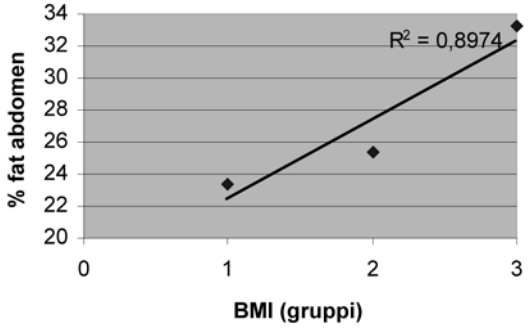


Fig. 2.



e PCR; 3) test di Valutazione Multidimensionale: MNA (Mini Nutritional Assessment). Ad ogni paziente è stato effettuato, inoltre, uno studio della composizione corporea mediante DEXA total body (dual-energy X-ray absorptiometry) che valuta la distribuzione della massa grassa a livello dell'addome superiore, pelvi e sottocutaneo.

Risultati. I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al valore del BMI: 1) BMI < 25 (n = 14); 2)25 < BMI > 30 (n = 16); 3)BMI > 30 (n = 20).

Abbiamo riscontrato un incremento statisticamente significativo del grasso addominale sia tra il primo e il terzo gruppo (normopeso *vs.* obesi) che tra il secondo ed il terzo gruppo (soprappeso *vs.* obesi) (Fig. 1).

Inoltre, abbiamo osservato una correlazione altamente significativa tra BMI e percentuale di grasso addominale (Fig. 2).

Non è stata trovata una differenza altrettanto significativa tra BMI e distribuzione del grasso sottocutaneo.

Dall'analisi di tutti i parametri antropometrici e biochimici non è risultato un significativo stato di malnutrizione.

Conclusioni. Il presente studio ha dimostrato che in soggetti anziani, non ancora in stato di malnutrizione, il soprappeso ed ancor più l'obesità sono caratterizzate da una distribuzione del grasso di tipo centrale. Quest'ultima condizione predispone pertanto tali soggetti ad un aumentato rischio cardiovascolare.

Bibliografia

Villareal D, Banks M, et al. Physical Frailty and body composition in Obese Elderly Men and Women. Obesity Research 2004;6:913.

Hickson M. Malnutrition and aging. http://www.postgradmedj.com 31 March 2007.

Progetto di ginnastica riabilitativa domiciliare: *"Mens sana in corpore sano"*

L. Sutera[1], G. Fazio[1], M. Dasaro[2], P. Dasaro[2], M. Sajeva[2], M. Barbagallo[1]

[1]Cattedra ed U.O. di Geriatria, Università di Palermo; [2]AICS(Associazione Italiana cultura e sport)

Introduzione. Il sistema nazionale italiano ha creato una rete di servizi per gli anziani che potenzia le risorse del territorio, mirando alla gestione dell'anziano al proprio domicilio. Il progetto di Ginnastica Riabilitativa Domiciliare "Mens Sana in Corpore Sano", promosso dall'AICS in collaborazione con l'Ufficio Igiene e Sanità del Comune di Palermo, si inserisce in questo contesto.

Materiali e metodi. Abbiamo svolto uno studio osservazionale della durata di quattro mesi su 180 utenti. Sono stati raccolti dati sullo stato fisico, sulle capacità funzionali globali, sullo stato psichico, sulle condizioni socio-ambientali di tutti i pazienti.

Risultati. Complessivamente sono stati reclutati 180 pazienti, con età media di 77 ± 1,7anni, range 65-90 anni. Di cui 132 (73%) donne e 48 uomini (27%). Sono state eseguite le scale di valutazione funzionale e cognitiva all'ingresso: La media delle ADL di tutti i pazienti era di 4,2 ± 1,6DS; La media delle IADL 5,3 ± 2,1DS; MMSE era 23,6 ± 3,1DS e GDS all'inizio era 12,3 ± 2,4DS, alla fine dello studio era 10,4 ± 2,2DS. I pazienti sono stati suddivisi i due gruppi in base al tipo di attività fisioterapica svolta a domicilio e precisamente: 128 (71%) pazienti hanno svolto Ginnastica dolce e 52(29%) riabilitazione neuromotoria, di cui 18 (34%) riabilitazione di tipo passivo e 34 (71%) di tipo attivo.

Discussione. Dai nostri dati emerge che la maggior parte dei nostri utenti presentava malattie osteoartricolari, la terapia motoria più frequente era la ginnastica dolce. Alla fine del progetto su tutti i pazienti si è riscontrato un miglioramento del tono dell'umore. Confrontando il gruppo dei pazienti che avevano svolto la ginnastica dolce, rispetto a quelli sottoposti a riabilitazione, emerge che i primi presentavano già all'inizio uno status funzionale migliore ed un miglioramento statisticamente più significativo del tono dell'umore.

Conclusioni. Il progetto si è configurato sostanzialmente come un'esperienza positiva. Da qui la necessità di considerare nei programmi di riabilitazione e riattivazione per l'anziano la multidimensionalità della persona e la globalità dell'approccio allo stesso.

Riabilitazione funzionale in pazienti affetti da ictus in una unità operativa di geriatria

G. Tava, F. Omizzolo, R. Bortolotti, T. Mutinelli, G. Postal, G. Noro

U.O. Geriatria, Osp. S. Chiara, APSS Trento

Introduzione. L'ictus cerebri rappresenta la terza causa di morte in Italia ed incide per il 10-12% nell'ambito di tutte le cause di morte. Il tasso di prevalenza nella popolazione anziana italiana è pari al 6.5% mentre l'incidenza aumenta progressivamente con l'età. Il 75% degli ictus colpisce i soggetti di oltre 65 anni.

Materiali e metodi. L'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Trento ha individuato alcuni indicatori (tipo di ictus, media di degenza, esito funzionale e dimissione, indice di Barthel, Scandinavian Neurological Stroke Scale, variabili anagrafiche) per monitorare il livello di assistenza in pazienti colpiti da ictus. La presenza costante di fisioterapiste presso la nostra UO consente di procedere ad interventi riabilitativi precoci e di garantire un elevato standard di assistenza. Queste procedure introdotte a partire dal 2000. Nel corso dell'anno 2006 la SSNS è stata sostituita dalla NIH Stroke Scale che consente una misura affidabile del deficit neurologico correlato alla gravità ed alla prognosi.

Risultati. Di seguito viene mostrata una tabella riassuntiva dei pazienti colpiti da cerebropatia vascolare acuta ricoverati presso la ns UO negli anni 2000-2006. Le variabili raccolte descrive le variabili anagrafiche, la distinzione percentuale fra forma ischemica ed emorragica, i tempi di degenza e l'esito al termine del ricovero, la scala di Bartel e la SNSS all'ingresso e alla dimissione e il n° percentuale dei pazienti migliorati.

Commento

I dati riportati documentano innanzitutto come anche nelle fasce di età più avanzate sia largamente prevalente la percentuale di pazienti che presentano un recupero funzionale (Barthel% pz migliorati medio: 75%). Questo dato positivo non deve peraltro farci dimenticare che una sfida ancora più impegnativa è costituita dal mantenimento nel tempo di questo miglioramento o recupero funzionale, come anche risulta da altri dati non ancora pubblicati (Noro et al.) legati alla rete assistenziale. Nell'ambito dei nostri dati si osserva un recupero più marcato fra gli uomini rispetto alle donne (dati non riportati) ma queste ultime presentano anche un'età media superiore.

Per quanto riguarda la destinazione dei pazienti, si può notare che le donne vanno maggiormente in RSA o in lungodegenza. Questo dato può essere legato anche ad una maggiore età anagrafica di questa popolazione e ad una maggiore percentuale di vedovanza e/o solitudine (54%, dati non ancora pubblicati).

Un altro parametro da considerare è la durata di degenza che ha subito un incremento nel corso degli ultimi anni ed è un possibile indicatore indiretto della complessità globale del paziente anziano colpito da ictus, sia dal punto di vista neurologico, delle complicanze e non ultimo anche della gestione della prosecuzione delle cure riabilitative o della possibile perdita dell'autonomia.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
n° soggetti	70	63	65	70	76	52	49
rapporto F.M	1.0	1.21	0.96	1.59	0.94	1.22	2.5
età media femmine ± D.S.	83.3 ± 6.6	83.5 ± 7.0	83.3 ± 8.6	82.9 ± 6.3	84.4 ± 5.5	88.8 ± 6.7	86.7 ± 6.5
età media maschi ± D.S.	81.1 ± 6.1	79.6 ± 6.1	79.3 ± 6.3	82.1 ± 4.7	81.1 ± 4.8	83.7 ± 7.0	83.5 ± 7.9
ictus ischemici (%)	97	93	90	81	87	83	76
media degenza (giorni) ± D.S.	20.8 ± 11.3	21.3 ± 14.7	19.4 ± 10.5	20.2 ± 10.7	16.0 ± 7.8	20.5 ± 10.2	19.1 ± 8.1
Destinazione n. -% domicilio	42.8						
	49.2	43.0	50.0	48.6	43)	60.4	
Destinazione n. -% riabilitazione	25.7	15.8	26.1	20.0	15.7	23.5	20.8
Destinazione n. -% RSA/lungodegenza	14.2	15.8	6.1	7.1	26.3	21.5	10.4
Destinazione n. -% altro ospedale	1.4	4.7	20	11.4	0	5.8	2
Destinazione n. -% Decesso	8.5	6.3	4.6	10	9.2	5.8	6.2
Barthel Ingr - Dim	80 - 67	81 - 64	92 - 70	95 - 73	89-61		
Barthel% pz migl.	67	66	75	90	78		
SNSS Ingr - Dim	29 - 36	32 - 38	21 - 34	26 - 41	22-35		
SNSS% pz migl.	83	76	80	95	86		

Appropriatezza dei ricoveri degli ex psichiatrici manicomiali. Indicatori di fragilità: confrontro tra la popolazione RSA e RSD

S. Terrevazzi, F. Silvola[1], L. Pelucchi[1], V. Grassi, A. Ceretti

[1]RSD "Beato Papa Giovanni XXIII" - ASL della Provincia di Milano n. 1, Limbiate; RSA "Sandro Pertini" - ASL della Provincia di Milano n. 1 - Garbagnate M.se

Alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico (OP) "Antonini" di Limbiate Mombello (MI), dal contenitore unico manicomia-

le sono usciti segmenti di utenza con bisogni e modalità di assistenza molto differenziate, due grandi apparati erogatori – la ASL e la Azienda Ospedaliera con le loro strutture e finalità, e si è progressivamente evidenziata come l'area di maggiore criticità quella legata all'appropriatezza. Così, sistemi di monitoraggio dei processi e la precisazione dell'organizzazione hanno definito i bisogni per il governo di un sistema di assistenza, cura e riabilitazione che non poteva più essere omologato, ripetitivo e autoreferenziale come quello che tutti assisteva nell'OP. Considerando l'appropriatezza come un tentativo di legittimare i comportamenti sanitari ed assistenziali in base al grado di conformità rispetto ad un dato accreditato, si è così realizzato, in primis, il precoce trasferimento in tipologia RSA di un certo numero di pazienti che per ragioni anagrafiche, cliniche o di "spegnimento" psichico potessero avere in quelle strutture sede elettiva per la loro assistenza (fase del pz giusto/posto giusto, considerando capacità di tenuta relazionale, adeguatezza dei comportamenti e soddisfazione soggettiva). Peraltro, la popolazione geriatrica necessita di servizi e strutture proprie dell'età anziana, specie per la presenza contestuale di patologie mediche o di sintomi psichiatrici; Ciò ha finito per enfatizzare – ad integrazione ed affinamento della fase della semplice soggettiva idoneità – le disabilità quale criterio di conformità per la loro ricollocazione. Sulla base di queste premesse storiche, normative, metodologiche e di processo, abbiamo analizzato e confrontato la popolazione ex OP inserita in due strutture residenziali – RSA e RSD – gestite direttamente dall'ASL della Provincia di Milano n. 1 – rispondenti, rispettivamente, agli ambiti delle fasi sopra illustrate. Relativamente alle caratteristiche clinico-funzionali, secondo il sistema di fragilità S.OS.I.A. (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza) della Regione Lombardia, presso la RSA "S. Pertini" sono stati presi in esame 17 ospiti anziani, M = 4 e F = 13 di età media 75,17 anni; altri 24 ospiti, M = 10 e F = 14, di età media 76,83 anni nella RSD "Beato Papa Giovanni XXIII". L'analisi evidenzia delle differenze significative tra i 2 gruppi. In RSD si riscontra un'elevata presenza di casi di deterioramento psichico, con soggetti completamente confusi in oltre l'83% dei casi, più contenuta nel campione RSA, dove interessa poco più del 50% dei soggetti; contestuali rilevanti problematiche comportamentali permangono presenti in circa un terzo dei casi in entrambe le popolazioni ("residualità" relativa). La dipendenza sul piano motorio e funzionale, la comorbilità e l'indice di severità sono più evidenti negli ospiti RSD, con difficoltà importanti per trasferimenti e deambulazione in quasi l'80% degli anziani, di cui il 66,6% dotati necessariamente di ausilio, nonché problemi di gestione della continenza urinaria nell'87,5% dei casi, laddove il campione RSA appare più autonomo nella funzione motoria con richiesta di supporto di operatore solo nel 52,9% (trasferimenti) e nel 32,29% (deambulazione) degli anziani, minore prevalenza di incontinenza stabile (41,7%), mentre l'igiene personale si conferma nelle due popolazioni l'elemento di maggiore fragilità nelle ADL. Evidentemente, l'affinarsi dei criteri seguiti e l'evoluzione delle organizzazioni permette - ad oggi - di rilevare una certa difformità nelle caratteristiche della popolazione anziana ex OP ricoverata in RSA/RSD, risultato di un'esigenza iniziale comune, ma progressivamente sviluppatasi nel senso di una più precisa identificazione dell'utenza idonea per unità d'offerta, maggiormente rispondente ai nuovi bisogni ed alle nuove realtà e tendente a rendere l'organizzazione nel suo insieme ancora più efficace ed efficiente.

L'overespressione di B-MYB (MYBL2) influenza il differenziamento delle cellule staminali embrionali

G. Testa[1 2], K.R. Boheler[2], P. Abete[1], S. Russo[1], F. Rengo[1]

[1]Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di medicina clinica, Scienze cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria. Roma; [2]Laboratory of Cardiovascular Science, Gerontology Research Center – National Institute on Aging – National Institutes of Health, Baltimore, Maryland, USA

Scopo. Le cellule staminali embrionali (ESc) rappresentano l'unità di base dello sviluppo dei mammiferi e della rigenerazione tissutale e sono caratterizzate da capacità di differenziazione praticamente illimitate. La conoscenza dei complessi meccanismi che regolano la pluripotenza e le capacità di differenziazione si limita ad una serie di segnali di trasduzione (LIF, BMP, Wnt, FGF4) e di fattori di trascrizione (Oct-3/4, Nanog, Sox2, Bcl2, STAT3, c-Myc). Sebbene la pluripotenza delle cellule ESc sia indiscussa, il loro utilizzo come fonte di determinati tipi cellulari per scopi rigenerativi o per studi farmacologici è a tutt'oggi limitato dalla scarsa conoscenza che si ha dei meccanismi di controllo del differenziamento.
È ormai stabilito che la biologia delle ESc è regolata principalmente a livello trascrizionale e la recente scoperta che Oct4, Sox2 e Nanog cooperano per costituire un circuito regolatorio implicato nell'autorigenerazione e nella pluripotenza, supportano ulteriormente tale ipotesi.
La famiglia di fattori di trascrizione Myb (A-Myb, B-Myb e C-Myb) è coinvolta in numerose patologie neoplastiche, principalmente ma non esclusivamente, del sistema emopoietico e dell`apparato riproduttivo. In particolare, B-Myb è stato isolato in cellule ad alto tasso di proliferazione e la sua espressione è indotta nella parte terminale della fase G1 e nella fase S del ciclo cellulare in molte popolazioni cellulari. La sua attività modula la trascrizione genica in funzione del bersaglio e del tipo cellulare.
Pertanto, scopo del nostro studio è stato quello di valutare il ruolo di B-Myb, emerso dal SAGE (Serial Analisys of Gene Expression), uno screening dei trascritti (mRNA) più abbondanti nelle ESc, come coinvolto nel circuito regolatorio del mantenimento dello stato indifferenziato e nelle prime fasi del differenziamento.
Materiali e metodi. Le ESc di mouse (mESc) del clone R1 sono state coltivate allo stato indifferenziato ed in condizioni favorenti il differenziamento secondo i protocolli descritti in letteratura. Per verificare l'interazione di B-Myb con i promotori emersi dal SAGE (Oct4, nanog e sox2) abbiamo utilizzato la metodica della "Chromatin Immuno-Precipitation" (ChIP). Inoltre, per valutare il ruolo di B-Myb nel mantenimento dello stato indifferenziato e sulle prime fasi del differenziamento, abbiamo generato cloni di ESc R1 overesprimenti B-Myb in maniera costitutiva sotto il controllo del promotore della Fosfoglicerato-chinasi (PGK). Le caratteristiche di tali cloni cellulari sono stati analizzate mediante: 1) microscopia ottica, a fluorescenza e confocale (morfologia delle colonie di mESc), 2) citofluorimetria (espressione di proteine "reporter" e valutazione dell'overespressione indotta dalla clonazione), 3)

PCR quantitativa (espressione genica di B-Myb e dei principali markers di stato indifferenziato e di differenziamento), 4) western-blotting (valutazione quantitativa dell'espressione proteica) e 5) WST-1 (proliferazione cellulare).
Risultati. La prima evidenza a suffragio del ruolo di B-Myb nella regolazione dell'espressione genica nelle mESc è emersa dalla ChIP che ha evidenziato l'interazione di B-MYB con i promotori di *nanog* e *sox2*. Allo stato indifferenziato, i cloni cellulari overesprimenti B-Myb presentavano una capacità proliferativa incrementata, probabilmente anche per un ridotto tasso apoptotico, e non evidenziavano differenze significative nei profili di espressione genica dei principali markers di stato indifferenziato rispetto ai controlli. A 48 ore dall'induzione del differenziamento, i cloni, a differenza del controllo, tendevano ad assumere una morfologia più simile allo stato indifferenziato, non esibivano markers precoci di differenziamento (CoupTF) continuando ad esibire più a lungo i markers di stato indifferenziato (Oct4, Sox2, Nanog). Inoltre, il marker di ectoderma primitivo Fgf5 risultava aumentato di oltre 10 volte nelle linee clonali rispetto ai controlli. A 2 settimane dall'induzione del differenziamento, i cloni overesprimenti continuavano a crescere abbondantemente e richiedevano continui passaggi, al contrario delle cellule di controllo. Quest`ultimo dato, in associazione con gli altri reperti osservati suggeriva la presenza in coltura di "Early-Primitive Ectoderm Like cells" (EPL). Recentemente, in specifiche condizioni di coltura, è stata descritta la conversione di mESc in una popolazione con distinte caratteristiche morfologiche chiamate Early-Primitive Ectoderm Like cells (EPL). Tali cellule esprimono markers di staminalità caratteristici delle cellule pluripotenti, e markers e caratteristiche di differenziamento che le rendono del tutto simili all`ectoderma primitivo, struttura a sviluppo precoce, che da origine ai tre foglietti germinali. La capacità delle EPL di poter acquisire nuovamente il fenotipo delle mESc indifferenziate e la maggiore resa di cardiomiociti che tali cellule danno, quando se ne induce il differenziamento, rappresentano le caratteristiche che le rendono un'interessante modello sperimentale in prospettiva rigenerativa.
Conclusione. Tali dati suggeriscono che l'overespressione di B-Myb è insufficiente a mantenere le mESc allo stato indifferenziato ma è sufficiente a modificare i meccanismi che ne controllano il differenziamento. Inoltre, la possibilità di ottenere EPL mediante la manipolazione genica offre prospettive per la creazione di un modello stabile come fonte di cellule progenitrici utili a fini rigenerativi.

La Demenza a Corpi di Lewy: dati su una popolazione anziana ricoverata presso RSA Residence Futura- Viagrande (Catania)

M. Testai'[1 2], A. Santangelo[1 2], P. Barbagallo[2], C. Crisafulli[2], G. Muscarà[2], M.C. Ossino[2], S. Scalia[2], D. Maugeri[1]

[1]Università di Catania, Scuola di Specializzazione in Geriatria; [2]RSA Residence Futura-Viagrande (Catania)

Scopo. La Demenza a Corpi di Lewy è un tipo di Demenza molto frequente nelle Residenze Sanitarie Assistite, anche se spesso misconosciuta diagnosticamente e quindi poco e male trattata. Nostro obiettivo è stato quello di valutare l'impatto della Demenza a Corpi di Lewy su un campione di popolazione ricoverata presso la RSA Residence Futura di Viagrande (Catania)
Materiali e metodi. Nel nostro studio abbiamo considerato una popolazione randomizzata di 63 pazienti, ricoverati presso la Residenza Sanitaria RSA FUTURA – di Viagrande (Catania) nel periodo compreso tra 1 Marzo 2005 al 31 Marzo 2007.
A tutti i malati sono stati somministrati in Entrata, al I mese ed in dimissione i seguenti Tests: MMSE,GDS, Barthel Index, IADL, ADL, tutti atti a valutare il profilo cognitivo ed affettivo e l'Autonomia funzionale, l'Autonomia e l'Autosufficienza.
In seguito abbiamo diviso la popolazione risultata Demente secondo i protocolli diagnostici del DSM IV e con punteggio inferiore a 24 punti nel MMSE in popolazione Demente generale e popolazione affetta da Demenza a Corpi di Lewy secondo i criteri diagnmostici di Mc Keith, valutandone la Prevalenza e le differenze del profilo cognitivo ed affettivo nonchè l'Autonomia funzionale, l'Autonomia e l'Autosufficienza. Sono stati anche valutati la presenza di Delirium prevalente nei quindici giorni precenti all'entrata e la presenza di Delirium nel periodo di ricovero osservato, i giorni di ricovero, la mortalità osservata e le piaghe prevalenti ed incidenti.
Risultati. I dati osservati confermano la caratteristica fragilità del malato affetto da DBL, che appare essere la più frequente delle Demenze Degenerative osservate. Nella popolazione con DBL si ha riduzione – rispetto alla popolazione generale demente studiata – del recupero cognitivo che appare fluttuante, mentre migliore appare il recupero dell'affettività.
Ridotte appaiono – nonostante un corretto inquadramento diagnostico e l'adeguata individuazione di un percorso riabilitativo personalizzato- anche il recupero dell'Autonomia personale, dell'Autosufficienza e dell'Autonomia funzionale, tutti comunque su livelli statisticamente significativi.
Maggiore è la presenza di Prevalenza di Delirium nella popolazione DBL rispetto alla popolazione Demente Totale. In quest'ultima appaiono aumentati gli episodi di Delirium rispetto alla popolazione affetta da DBL.
Nella popolazione affeta da DBL maggiore è la presenza di Lesioni da decubito prevalenti e la mortalità sia in Struttura che a 12 mesi. Altresì nella popolazione affetta da DBL ridotti appaiono essere i giorni di degenza in struttura rispetto alla popolazione demente globalmente considerata.
Conclusione. Questi dati confermano la peculiarità della Demenza a Corpi di Lewy nei soggetti ricoverati in RSA con delle caratteristiche proprie nell'inquadramento diagnostico, nell'approccio terapeutico, nel decorso riabilitativo e sulla prognosi stessa. Il recupero funzionale di questi soggetti affetti da DBL è possibile ma più difficoltoso rispetto ai soggetti Dementi generalmente studiati.

Bibliografia

Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Differential diagnosis of Alzheimer's disease. Neurology 1997;48(S6)S2-S9.

Geroldi C, Frisoni GB, Bianchetti A, Trabucchi M. Drug treatment in Lewy body dementia". Dement Geriatr Cogn Disord 1997;8:188-97.

Trabucchi M (ed.). Le demenze (2nd ed). Torino: UTET Editore 2000.

"Alleniamo la memoria per invecchiare meglio": i piani per la salute a Modena

P. Tori[4], L.P. De Vreese[1], P. Vacondio[1], G. Calanchi[2], R. De Gesu[3], G. Angeli[3], D. Biagioni[4], M. Franchini[5], L. Belloi[6]

[1]Dipartimento Cure Primarie,'Area Salute Anziani', Azienda USL, Distretto di Modena; [2] Giornalista presso TeleRadioCittà; [3] Medici di Medicina Generale, Azienda USL, Distretto di Modena; [4] Ufficio Politiche per la Salute del Sindaco di Modena; [5]Ufficio Coordinamento Comunale Comitati Anziani di Modena; [6] Cattedra di Gerontologia e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo. Diffondere la cultura della 'cura del cervello' attraverso l'allenamento della memoria, mediante una serie di azioni accessibili a tutti i cittadini del Comune di Modena. Il progetto che è parte integrante dei Piani di Zona e del Piano per la Salute, coinvolge il Comune di Modena (Assessorati alla Salute e alla Politiche Sociali, Ufficio Politiche alla Salute del Sindaco), Azienda USL Distretto di Modena (Area 'Salute Anziani' e i Medici di Medicina Generale) e la Cattedra di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Modena e Reggio Emilia.
Materiali e metodo. Il progetto si articola in tre azioni: corsi formali di allenamento della memoria; il 'Giardino della Memorià; trasmissioni in una TV locale. Gli esercizi di memoria proposti in questi tre contesti, mirano alla stimolazione delle strategie naturali sottostanti la registrazione, il consolidamento e il richiamo delle informazioni. In questo modo gli esercizi sono allo stesso tempo dei modelli per illustrare e dei mezzi per migliorare l'efficacia di queste strategie, stimolando anche la consapevolezza del funzionamento della propria memoria. Gli allenatori (medici-geriatri, psicologici, animatori, coordinatori di servizi (semi)residenziali) sono stati formati in un corso teorico-pratico di 30 ore. Il reclutamento degli allievi avviene tramite i canali mass-mediatici locali. L'iscrizione aperta a tutti coloro che abbiano superato i 55 anni e siano in buone condizioni di salute, è effettuata dai comitati anziani presso le varie Circoscrizioni della città. I corsi, autofinanziati attraverso un contributo di 30 € degli allievi, si svolgono presso le medesime sedi con un ciclo in autunno ed uno in primavera. Ciascun corso prevede otto sedute settimanali di un'ora e mezza circa, con gruppi di 12-15 persone più omogenei possibili per età. All'inizio del corso sono previste oltre al MMSE per le persone con età ≥ 65 anni, una prova di memoria standardizzata e una autovalutazione dell'efficienza mnemonica nella vita quotidiana e del tono dell'umore che vengono ripetute durante l'ultimo incontro. Al termine viene consegnato un manuale con esercizi per proseguire l'allenamento della memoria a casa. È possibile partecipare ad un altro corso dopo 1 anno. A conclusione del corso, gli allenatori conducono una visita guidata al 'Giardino della Memorià presso un parco pubblico della città. Si tratta di un percorso di 10 esercizi, contenuti in pannelli dislocati in prossimità delle panchine. Chiunque può ripetere il percorso a piacere in quanto gli esercizi sono basati sulla memoria episodica anterograda. Per attingere a più persone possibili sono state preparate anche 10 puntate trasmesse da una TV locale. Ciascuna puntata di 15 minuti circa, messa in onda per tre volte, affronta un aspetto diverso della memoria preceduta da un'intervista con persone interrogate per strada, seguita da due o tre esercizi semplici presentati assieme ad una giornalista, da essere eseguiti sul momento dai telespettatori con la presentazione delle soluzioni subito dopo. Ogni puntata finisce con alcuni consigli per la vita quotidiana e 'una regola d'oro per il cervello' in cui vengono spiegate sane abitudini di vita per invecchiare meglio.
Risultati. 13 persone hanno completato il corso di formazione per allenatore. Da Dicembre 2004, 350 persone si sono iscritti ai corsi. L'età media ± DS è di 70,4 ± 6,9 anni (range 55-88), in prevalenza donne (68,3%), con una scolarità media ± DS di 7,5 ± 3,6 (range 2-18). L'80,5% degli iscritti hanno completato il corso con una frequenza media di 89,9%. Il 7% lo ha interrotto precocemente, mentre un'altro 12,5% non si è presentato all'ultimo incontro saltando la valutazione finale. Queste persone risultano essere mediamente più anziani e più depressi rispetto altri partecipanti. Il 4,9% degli anziani ha ottenuto un punteggio inferiore a 24 al MMSE. Le persone 'in difficoltà' vengono segnalate al loro medico curante che avvia un percorso diagnostico presso i Consultori per le Demenze. Non si dispongono di dati oggettivi sull'efficacia delle altre due azioni. Tuttavia, gli innumerevoli riscontri positivi hanno indotto ad allestire un secondo 'Giardino della Memorià presso un altro parco pubblico, a preparare un DVD con le puntate migliori della trasmissione televisiva in aggiunta ad una puntata dedicata al 'Giardino della Memorià ed a trasmettere una seconda edizione di esercizi di memoria nella TV locale.
Conclusioni. Non esiste evidenza di livello I a favore dell'azione preventiva della stimolazione cognitiva per la demenza. Il progetto quindi mira realisticamente a migliorare il funzionamento della memoria, la metacognizione e l'autostima, ad individuare anziani a più elevato rischio di demenza e a favorire una diagnosi tempestiva non solo di una eventuale demenza incipiente, ma anche di tante altre malattie somatiche o psichiatriche interferenti sul funzionamento della memoria.

Sospensione della terapia con Digossina versus mantenimento a bassa concentrazione nello scompenso cardiaco

M. Tosato, S. Aquila, C. Palmacci, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo. La sospensione della terapia con digossina è associata ad un peggioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco (1). Tuttavia, in letteratura vi sono pochi dati per quel che riguarda gli effetti della sospensione di tale terapia sulla morbilità e mortalità.
Materiali e metodi. Abbiamo condotto analisi secondarie sulla casistica del trial Digoxin Investigation Group (DIG), studio condotto su un campione di pazienti affetti da scompenso cardiaco, in ritmo sinusale ed in terapia con diuretici ed ACE-inibitori. Dei 7788 partecipanti, 3365 assumevano digossina prima della randomizzazione. Nel corso del trial il trattamento con digossina è stato continuato in 1666 ed interrotto in 1699 pazienti. Utilizzando le analisi di regressione di Cox, abbiamo determinato l'effetto della sospensione della digossina sulla mortalità e sulla ospedalizzazione nel corso dei 39 mesi di follow-up.
Risultati. L'età media del campione così analizzato era di 63 anni; il 25% di sesso femminile, il 10% presentava una

frazione di eiezione pari inferiore a 45%, ed il 44% era affetto da insufficienza renale cronica. Dei 1666 pazienti che avevano continuato la terapia, 457 avevano dopo un mese di trattamento una concentrazione sierica di digossina bassa (tra 0.5 e 0.9 ng/ml) e 340 alta (≥1.0 ng/ml). Dei 1699 pazienti che avevano sospeso la digossina 1674 erano vivi ad un mese. Avendo come paragone la prosecuzione della terapia, la sospensione della digossina era associata ad un aumento significativo dell'ospedalizzazione sia per tutte le cause (Hazard ratio [HR] corretto 1.18, con intervalli di confidenza al 95% [CI] 1.09-1.28, p < 0.0001) che per scompenso cardiaco (HR 1.35 95% CI 1.20-1.51, p < 0.0001). Tuttavia, non pareva esservi alcuna relazione con la mortalità per tutte le cause (HR 1.06; 95% CI 0.95.1.19, p = 0.272). Al contrario, la prosecuzione della terapia con digossina a bassa concentrazione serica era associata sia ad una riduzione della mortalità per tutte le cause (HR 0.75, 95% CI 0.63-0.90, p = 0.002), sia ad una riduzione dell'ospedalizzazione per tutte le cause (HR 0.80, 95% CI0.71-0.91, p = 0.001) e per scompenso cardiaco (HR 0.80, 95% CI 0.71-0.91 p < 0.0001).

Conclusione. La prosecuzione a lungo termine della terapia con digossina a bassa concentrazione sierica è associata ad una riduzione della mortalità ed ospedalizzazione in pazienti ambulatoriali affetti da scompenso cardiaco cronico già in terapia con ACE-Inibitori e diuretici.

Bibliografia

Adams KF Jr, Gheorghiade M, Uretsky BF, Young JB, Ahmed S, Tomasko L, Packer M. Patients with mild heart failure worsen during withdrawal from digoxin therapy. J Am Coll Cardiol 1997;30:42-8.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva e depressione in pazienti anziani

N. Travaglini, R. Rozzini, S. Franzoni, P. Barbisoni, A. Ricci, A. Morandi, A. Giordano, C. Mattanza, S. Boffelli, M. Ferri, I. Sleiman, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

Premessa. Dati in letteratura suggeriscono l'associazione tra mortalità e depressione e come quest'ultima presenta un effetto negativo sulla prognosi quoad vitam, principalmente nei pazienti affetti da patologie croniche (1-3). Tuttavia è poco noto l'effetto della depressione sull'outcome dei pazienti affetti da BPCO. Scopo dello studio è valutare l'impatto sulla prognosi a lungo termine della depressione in un gruppo di 621 pazienti anziani (età 78.9 ± 7.1) affetti da BPCO.

Materiali e metodi. Lo studio è stato svolto presso la riabilitazione geriatrica dell'ospedale P. Richiedei, Gussago, Brescia. Il criterio per il ricovero era il giudizio clinico di un potenziale beneficio della terapia riabilitativa. Sono stati ammessi allo studio solamente i pazienti con patologia subacuta (ad es. artrite subacuta, infarto acuto del miocardio e ictus cerebrale dopo 2 settimane dall'evento acuto, scompenso cardiaco classe NYHA II e II, pneumopatie croniche ostruttive riacutizzate, fratture di femore 2-3 settimane dopo l'intervento e parkinsonismi). I pazienti sono stati dimessi quando il team medico giudicava raggiunto il massimo effetto della terapia riabilitativa. È stata eseguita una valutazione multidimensionale, che includeva i dati demografici (età, sesso, scolarità, abitazione prima e dopo il ricovero, condizioni domiciliari e caregiver o la presenza di un supporto formale), stato cognitivo ed affettivo, salute fisica, abilità funzionale e supporto sociale a 3 giorni dal ricovero con un protocollo standard. Numero e severità delle malattie croniche, MMSE, GDS, stato nutrizionale sono stati raccolti e valutati come potenziali fattori prognostici. La disabilità è stata valutata con le BADL e le IADL. Depressi sono stati considerati i pazienti con GDS score > 15 nella versione di 30 domande della Geriatric Depression scale. La severità della BPCO è stata stimata con l'Index of Disease Severity (IDS), assenza di patologia (0), patologia asintomatica (1), sintomatica controllata della terapia (2), sintomatica scarsamente controllata della terapia (3) e patologia severa (4). I pazienti con severità 3 e 4 sono stati inclusi nello studio. È stata valutata la mortalità a 12 mesi.

Risultati. Le diagnosi prevalenti alla dimissione erano: patologia muscoloscheletrica (72%), cardiopatie ischemiche (56%), BPCO (44%), fratture di femore (9%) e parkinsonismi (7%). La durata di degenza media era di 29.6±13.0 giorni. La mortalità totale a 12 mesi è stata del 16.9% (n = 105); nei pazienti senza BPCO e depressione era del 6.3% (n = 6), nei pazienti depressi ma senza BPCO del 5.6% (n = 66), in quelli non depressi ma con BPCO del 23.8% (n = 5) ed in quelli depressi e con BPCO del 33.7% (n = 28).

Conclusioni. I dati evidenziano che i pazienti affetti da BPCO e da depressione presentano un'elevata mortalità e come l'associazione delle due patologie incrementa ulteriormente la mortalità. Lo studio osservazionale non è in grado di dirimere se l'associazione è casuale oppure vi sia rapporto causa effetto; studi d'intervento saranno quindi necessari per valutare se un trattamento della depressione è in grado di ridurre la mortalità.

Fattori predittivi dell'outcome in pazienti over 90: correlazione "Barthel Index" e "Poma di Tinetti"

C. Traverso[1], G. Gianotti[1], R. Matteo[2], A. Schivo[2]

[1] Asp E. Brignole "RSA Pastorino" Genova; [2] Asp E.Brignole "RSA Rivarolo" Genova

Scopo della ricerca. Con l'aumento dell'aspettativa di vita aumenta anche la percentuale di pazienti oldest-old che giungono nelle strutture riabilitative dopo eventi invalidanti. Ma ancora non sono molte le evidenze scientifiche che dimostrano la compliance di questi pazienti al trattamento riabilitativo. Scopo della ricerca è stato pertanto quello di utilizzare l'indice di Barthel (1) come potenziale fattore predittivo dell'outcome riabilitativo, come già evidenziato dalla letteratura, e di verificare se la predittività può risultare applicabile anche nei pazienti ultra novantenni.

Materiali e metodi. Uno studio retrospettivo ha analizzato i pazienti dimessi tra gennaio e giugno 2007 da due RSA riabilitative genovesi dopo aver trascorso un periodo di riabilitazione. Tali pazienti sono stati suddivisi in base all'età: gruppo 1 = pazienti con età inferiore ai 90 anni; gruppo 2 = pazienti con età maggiore o uguale a 90 anni per un totale di 61 pazienti. A questi pazienti sono state

somministrate due scale di valutazione: l'indice di Barthel e il Poma di Tinetti (2). Il primo, tradizionalmente utilizzato per misurare le B-ADL, è una scala di "dependence"ed è stato somministrato nella classica suddivisione in tre livelli di abilità dall'infermiere professionale all'ingresso in struttura. Tale indice nel nostro studio viene messo in correlazione con il Poma di Tinetti, in grado invece di misurare la performance motoria e quindi somministrato dai fisioterapisti al momento dell'ingresso in struttura e della dimissione per una corretta valutazione dell'outcome riabilitativo.

Risultati. I punteggi del Barthel Index all'ingresso e del Poma di Tinetti alla dimissione sono stati correlati graficamente. Entrambi i gruppi dimostrano un risultato di Tinetti direttamente proporzionale al risultato Barthel all'ingresso. Questo pertanto dimostra di essere un efficace fattore predittivo dell'outcome. I pazienti con un punteggio Barthel all'ingresso pari a zero si sono arrestati tutti (sia gruppo 1 che gruppo 2) su un Tinetti 0 alla dimissione. Si nota inoltre come l'incremento del valore di Tinetti dopo il trattamento riabilitativo risulti mediamente inferiore nel gruppo 2.

Conclusioni. I dati dimostrano come anche i pazienti "oldest-old" possano trarre beneficio dalla riabilitazione dopo un evento acuto e anche per questi pazienti il punteggio del Barthel index risulta essere predittivo dell'outcome riabilitativo. Tuttavia è evidente come il margine di miglioramento nei pazienti appartenenti a quest'ultimo gruppo sia inferiore.

Bibliografia

1. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Med J 1965;2:61.
2. Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients. Am Geriatr Soc 1986;34:119-26.

L'angioplastica primaria nel trattamento del paziente ultraottantenne affetto da infarto miocardico acuto

G. Trianni, C. Palmieri, M. Mariani, A. Rizza, A. Al Jabri, H.K. Chabane, M. Ravani, M. Vaghetti, M. Menconi, S. Berti

Istituto Fisiologia Clinica del CNR, Ospedale "G. Pasquinucci " Massa

Scopo dello studio. L'aumento della popolazione anziana e delle patologie ad essa correlate porta alla continua ricerca di presidi terapeutici efficaci ma nello stesso tempo sicuri data la particolare "vulnerabilità" di questi individui. Nel contesto della cardiopatia ischemica, l'angioplastica percutanea coronarica primaria (pPCI) nell'Infarto Miocardico Acuto (IMA), rappresenta una valida opzione nel paziente anziano dato l'elevato rischio emorragico associato alla fibrinolisi sistemica in questo gruppo di soggetti. Questa ricerca si propone di analizzare i risultati, in termini di mortalità e complicanze, dell'angioplastica primaria in un gruppo di pazienti ultraottantenni con IMA ricoverati presso il nostro Istituto dal gennaio 2004 al giugno 2007.

Materiali e metodi. La popolazione di studio include tutti i pazienti di età superiore a 80 anni afferiti al nostro laboratorio di emodinamica per essere sottoposti a rivascolarizzazione urgente nell'evidenza di IMA con sopraslivellamento del tratto ST. Tutti i pazienti sono stati studiati con esame coronarografico d'urgenza e di tutti i pazienti sono state valutate le condizioni emodinamiche e la funzione ventricolare sinistra con ecocardiografia. I dati dei pazienti sono stati raccolti in maniera prospettica in un database clinico.

Risultati. Sono stati reclutati 58 pazienti (34 maschi) di età media 83 ± 3 (range 80-95 aa). Trentaquattro di questi presentavano segni elettrocardiografici di IMA anteriore, 9 di IMA laterale, 15 di IMA inferiore. All'ammissione 15 (25,8%) pazienti si presentavano in stato di shock. In 8 (13,8%) pazienti era stata praticata fibrinolisi sistemica prima dell'ammissione. La frazione di eiezione ventricolare sinistra media era di 38% ± 10%. L'intubazione orotracheale e/o la contropulsazione aortica si è resa necessaria in 13 (22%). La media dei vasi malati è stata di 1.8 ± 0.8. L'angioplastica percutanea è stata eseguibile in maniera efficace in 55 pazienti (94,8%). In un paziente si è resa necessaria una rivascolarizzazione chirurgica urgente e in due pazienti non è risultata possibile una rivascolarizzazione. In 33 pazienti sono stati utilizzati bare metal stents (BMS) mentre in in 21 drug eluting stents (DES), in un pz è stata eseguita solo pPCI senza posizionamento di stent. Si è verificato un caso di emorragia cerebrale letale in una paziente che aveva ricevuto trombolisi sistemica, in due casi si è avuta trombosi acuta dello stent coronarico trattata efficacemente con PTCA. La mortalità intraospedaliera è stata di 8 pz (14%), sei dei quali avevano presentato shock cardiogeno determinato da severa disfunzione del ventricolo sinistro o da aritmie maligne.

Conclusione. L'angioplastica percutanea nel paziente ultraottantenne si rivela una valida opzione che garantisce una elevata efficacia con una bassa incidenza di complicanze. La presenza di aritmie maligne e di shock cardiogeno costituisce un fattore di rischio per mortalità in questi pazienti. In questa serie di pazienti si dimostra come nel paziente anziano un trattamento intensivo ed aggressivo dell'IMA consenta un'ottima sopravvivenza a breve termine, inoltre questa strategia di rivascolarizzazione può incidere sulla qualità della vita dopo l'evento grazie ad ridotto danno cardiaco che condiziona un miglior recupero funzionale.

Ruolo dell'ecografia e dell'agoaspirato tiroideo ecoguidato in una popolazione di anziani

V. Triggiani, E. Guastamacchia[1], F. Resta[2], C. Sabbà[3], B. Licchelli[1], E. Tafaro

Sezione di Endocrinologia e Malattie Metaboliche-DACTI; [1]Sezione di Endocrinologia-DETO; [2]Sezione di Geriatria e Gerontologia-MIDIM; [3]Sezione di Medicina Interna-DIMIMP; Università di Bari

La prevalenza dei noduli tiroidei è più elevata nei soggetti anziani. Lo scopo dello studio è stato di valutare l'accuratezza dell'ecografia e dell'agoaspirato ecoguidato nella diagnosi del carcinoma tiroideo in una popolazione di anziani. Duecentosettantasei pazienti (64 maschi e 212 femmine) di età compresa tra 65 e 87 anni (media 70 ± 4.4) sono stati sottoposti in un periodo di 3 anni ad ecografia tiroidea ed agoaspirato ecoguidato delle formazioni nodulari tiroidee

riscontrate. Complessivamente sono stati analizzati 507 noduli, unici in 97 casi, multipli in 410 casi, con diametro compreso tra 5 e 70 mm (19.7 ± 12 mm). All'ecografia apparivano ipoecogeni in 255 casi (50.3%), isoecogeni in 147 (29%), iperecogeni in 46 (9.1%), anecogeni in 19 (3.7%), misti in 40 (7.9%). Una delimitazione netta era presente in 194 casi (38.3%). Microcalcificazioni in 64 (12.6%). L'esame citologico era negativo in 448 noduli (88.4%), sospetto o indeterminato in 11 (2.2%), positivo in 27 (5.3%), non diagnostico in 21 (4.1%). Ventidue pazienti sono stati operati (8%). Considerando i singoli noduli asportati (totale 44) sono risultati: 17 noduli iperplastici (38.6%), 3 adenomi (6.8%), 24 carcinomi (54.5%): 19 papillari, 4 anaplastici and 1 midollare. I noduli maligni risultavano unici nell'8.3%, multipli nel 91.7%; i benigni unici nel 10%, multipli nel 90% (NS). I noduli maligni erano ipoecogeni in 21 (87.5%), isoecogeni in 3 casi (12.5%). I benigni ipoecogeni in 6 casi (30%), isoecogeni in 12 casi (60%), misti in 2 (10%) ($p < 0.0005$). Il pattern ipoecogeno aveva una sensibilità dell'87.5%, una specificità del 70% e un'accuratezza del 79.5% nella diagnosi di carcinoma tiroideo. Un alone completo era presente nel 12.5% dei maligni contro il 40% dei benigni ($p < 0.04$). L'assenza di alone aveva 87.5% di sensibilità, 40% di specificità e 66% di accuratezza nella diagnosi di carcinoma. Microcalcificazioni erano presenti nel 12.5% dei noduli maligni e nel 10% dei benigni (NS) (sensibilità 14%, specificità 90%, accuratezza 48%).
La simultanea presenza di ipoecogenicità, alone e microcalcificazioni si aveva in 1/20 noduli benigni (5%) e in 3/24 maligni (12.5%) (NS). Le dimensioni non differivano in maniera statisticamente significativa (M:21.5 ± 14.3 *vs.* B:19.4 ± 8.8 mm). Considerando insieme i risultati citologici positivi e quelli sospetti o indeterminati, l'agoaspirato mostrava una sensibilità del 100%, una specificità del 100% e un'accuratezza del 100%.
Ricerca finanziata con Fondi d'Ateneo 2006 dell'Università di Bari (E. Tafaro, E. Guastamacchia, F. Resta).

Approccio multidimensionale e programma di comunità: un modello per la prevenzione delle cadute

M. Turci[1], V. Borciani[2], R. Chiesa [1], B. Manni [1], M. Rebecchi [1], L. Belloi [1]

[1] Università di Modena e Reggio Emilia, Cattedra di Geriatria e Gerontologia; [2] ASL di Modena

Scopo. Nella popolazione anziana il problema delle cadute raggiunge dimensioni epidemiche ed è un evento potenzialmente catastrofico per il soggetto in quanto può essere causa di disabilità o di morte: in media ogni anno cade un ultrasessantacinquenne su tre fino a raggiungere valori del 40% nei soggetti oltre i 75 anni. Circa il 10-12% di queste cadute produce sequele di tipo fisico. L'evento più temibile è senz'altro la frattura di femore che comporta altissimi costi sia in termini di qualità di vita che economici. Vi sono evidenze in letteratura che un approccio multidimensionale al problema possa prevenire fino al 40-50% di questi eventi. In particolare gli studi indicano la necessità di intervenire sul miglioramento della forza muscolare e sui sistemi che regolano postura ed equilibrio da un parte e sui fattori cosiddetti "estrinseci" cioè legati all'ambiente e alle abitudini di vita dall'altro.
Mission del Programma di Comunità era quello di: 1) *stratificare* la popolazione anziana che affluiva all'ambulatorio osteoporosi *in base al rischio di frattura e cadute*; 2) individuare la casistica a rischio ed istituire un *registro della fragilità*; 3) indirizzare ed offrire alla casistica maggiormente a rischio un *programma diagnostico-terapeutico* per la *presa in carico* al fine di prevenire nuovi eventi.
Materiali e metodi. *Casistica*:è stata valutata una coorte extraospedaliera di 620 donne di età media che sono spontaneamente affluite presso l'ambulatorio osteoporosi del Centro di Valutazione Geriatrica di Modena. *Durata*: Settembre 2006-Maggio 2007. *Valutazione*: ogni donna è stata valutata con valutazione multidimensionale di primo livello mirata in particolare a valutare il rischio di frattura e caduta: 1) densitometria ossea a livello femorale e lombare 2) valutazione antropometrica (peso, altezza) 3) performance funzionale (Tinetti, Chiar standing, Tandem walk, ADL, IADL) 4) anamnesi patologica remota e prossima, fisiologica, farmacologia 5) questionario dettagliato su abitudini alimentari, stili di vita, episodi di caduta e frattura pregressi e dolore.
Intervento: Sulla base di questa valutazione è stata *stratificata* la popolazione in livelli di rischio e per ciascun gruppo sono stati predisposti adeguati interventi per la presa in carico. Per le donne gravemente osteopeniche o osteoporosiche o con rischio medio-elevato di cadute oltre a eventuali misure terapeutiche e ulteriori accertamenti diagnostici si è predisposto un ciclo di incontri informativi organizzati dal volontariato locale e un programma di attività motoria specifica. all'interno di questa casistica si è ulteriormente individuata una casistica di 44 donne a rischio molto elevato di caduta e frattura: 22 di queste (casi) sono state indirizzate verso un percorso diagnostico-terapeutico strutturato, alle altre (controlli) sono state fornite soltanto indicazioni di ulteriori approfondimenti o trattamenti nel corso della visita. Il percorso per i casi prevedeva: 1) *esame obiettivo neurologico*; 2) *visita cardiologia ed ECG*; 3) *posturografia*; 4) *visita podologica*; 5) screning delle *performance cognitive e del tono dell'umore*; 6) partecipazione ad *incontri formativi*; 7) *attività motoria specifica*.
Risultati. Nella popolazione totale presa in esame è risultato che la prevalenza dell'osteoporosi è del 23% mentre il 28% presenta rischio moderato-elevato di caduta. Nel corso della valutazione di secondo livello alla quale sono stati sottoposti i casi solo il 9% del campione in esame non ha presentato valori alterati in nessuna dell indagini alla quale è stato sottoposto. All'interno della restante popolazione i soggetti presentavano una o più alterazioni in particolare il 53% all'esame posturografico, il 63,6% alla valutazione podologica, il 9% grave dolore osteoarticolare non controllato, il 36,6% scarso controllo pressorio, il 9% ipotensione ortostatica il 31,8% livelli borderline ai test di performance cognitiva.e il 27,2 alterazioni della sfera emotivo affettiva. È previsto un follow up a 6 mesi (fine estate 2007) e uno a 12 mesi per valutare compliance ai trattamenti e comparsa di nuovi eventi.
Conclusione. La stratificazione del rischio e l'istituzione di un registro hanno permesso una migliore presa in carico dei soggetti fragili prevedendo per ciascuno programmi personalizzati. La partecipazione agli incontri formativi e la presenza in palestra di questi soggetti è stata soddisfacente. Nonostante la bassa numerosità del campione si può concludere che i criteri per l'individuazione di soggetti da inserire nel programma diagnostico-terapeutico di secondo

livello sono risultati corretti (nella quasi totalità di pazienti sottoposti allo screening è stato rilevato almeno un dato patologico suscettibile di cura). Il follow up alla fine dell'estate ci mostrerà se i pazienti inclusi nel programma diagnostico-terapeutico di secondo livello hanno presentato una maggior aderenza al trattamento prescritto nonché hanno riportato meno eventi caduta rispetto al gruppo di controllo.

BIBLIOGRAFIA

Clemson et al. J Am Geriatri Soc 2004;52.

J Am Geriatr Soc 2005;53:1296-304.

Cochrane Database Syst Rev 2003.

La riabilitazione psicosociale in pazienti con deficit cognitivo lieve o lieve-moderato: l'esperienza dell' area tempo libero

G. Vassallo, L. Sutera, V. Picciolo, M.T. Giambartino, G. Fazio, A. Lo Bue, L. Vernuccio, C. Arizzi, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università degli studi di Palermo

Introduzione. La riabilitazione psicosociale, parte integrante del percorso riabilitativo, consente alle persone affette da disturbi cognitivi di utilizzare le abilità emotive, relazionali e sociali residue, necessarie per vivere nel modo più autonomo possibile. Questo studio si è proposto di descrivere e verificare la validità di un percorso terapeutico riabilitativo, rivolto ad un gruppo di pazienti con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato,
Materiali e metodi. La ricerca si è concentrata su un campione di 4 pazienti con un deficit cognitivo lieve e lieve-moderato, di sesso maschile, con un'età media di 72 ± 1,2 anni e punteggio medio ottenuto al MMSE 25,6/30 ± 2,1DS. Sono state inoltre raccolte informazioni relative allo stato di salute ed alle aspettative di risultato del percorso riabilitativo direttamente dagli stessi pazienti e dai rispettivi familiari. Le metodiche riabilitative utilizzate sono state: riattivazione, metodo delle storie di vita, orientamento spazio-temporale, mnemotecniche e trainig cognitivo, riabilitazione psicosociale: area tempo libero.
Risultati e conclusioni. Dalle valutazioni effettuate prima, durante e a fine studio si è potuto riscontrare un miglioramento del tono dell'umore, una socializzazione tra i membri del gruppo, un miglioramento globale della percezione della propria condizione ed una generalizzazione nella vita quotidiana delle competenze sociali e cognitive acquisite. Si ipotizza, quindi, una prosecuzione ed una riapplicazione di tale approccio riabilitativo ad un campione più ampio.

Trattamento delle lesioni ulcerative cutanee difficili: esistono spazi di miglioramento?

G. Veneziano[1], L. Calcara[1], S. Vitello[1], P. Di Salvo[1],G. Albano[1], J.L. Citarrella[1], L.J. Dominguez[2], R. Toscano[3], M. Barbagallo[2], G. Oddo[1]

[1]Servizio Dipartimentale per l'Integrazione Socio-Sanitaria Anziani e ADI – AUSL 6, Palermo; [2] Università di Palermo, Cattedra di Geriatria; [3] Lorenz Biotech, Medolla (MO)

Scopo. Le lesioni ulcerative sono uno dei principali problemi assistenziali del Sistema Sanitario Nazionale e sono destinate ad accrescere in futuro il loro peso organizzativo ed economico. La terapia attuale si avvale di medicazioni tradizionali ed avanzate che favoriscono la granulazione. Obiettivo del presente studio Ë stato quello di potenziare la cura delle lesioni cutanee difficili, affiancando alla terapia convenzionale un trattamento con stimolazione elettrica a frequenza ed ampiezza modulate, denominata FREMS, per incrementare la qualità del servizio offerto al paziente. » stato dimostrato infatti che il trattamento FREMS Ë in grado di intervenire sulle patologie a carico del sistema vascolare periferico[1,2], amplificando la vasomozione del microcircolo, cui segue il miglioramento della qualità degli scambi respiratori e metabolici dei tessuti. L'interazione dei segnali elettrici FREMS con i tessuti biologici stimola l'incremento sistemico di alcuni importanti fattori di crescita come quello dell'endotelio vascolare (VEGF), dei fibroblasti (b-FGF), delle piastrine (PDGF) e dell'epitelio (EGF), regolatori della rigenerazione tissutale e dell'angiogenesi.
Materiali e metodi. Lo studio prevedeva l'arruolamento di 20 pazienti in assistenza domiciliare con lesioni cutanee al 3∞ o 4∞stadio, presenti da almeno 6 mesi. Oltre alla terapia tradizionale, i pazienti ricevevano il trattamento FREMS con applicazioni giornaliere a cicli di 15/20 giorni, a seconda del tipo di ulcera, seguiti da periodi di pausa di 2 settimane, fino alla guarigione della lesione.
Risultati. Le lesioni, per un totale di 28 erano costituite per il 39% da ulcere vascolari, 48% da decubito, 13% diabetiche. I pazienti arruolati presentavano un grado medio-alto di disabilità, in quanto la lesione limitava costantemente le attività normalmente svolte (score 4 su 6 della scala di disabilità). Già dopo le prime applicazioni era possibile osservare una efficace miglioramento del sintomo doloroso che risultava ridotto del 35% dopo una settimana, del 62% dopo un mese e quasi impercettibile alla fine del trattamento su tutti i pazienti ($p < 0.0001$). Le lesioni, di notevoli dimensioni all'avvio dello studio ($42 \pm 36 cm^2$), risultavano ridotte notevolmente dopo 3 mesi di trattamento (riduzione dell'area pari a 90%) e la profondità ridotta dell'86% già dopo 2 mesi su lesioni che inizialmente raggiungevano i 3 ± 2 cm di profondità ($p < 0.0001$).
Conclusione. Il Servizio Dipartimentale Anziani Ë riuscito, in questi 2 anni di studio, a migliorare in modo significativo il trattamento delle lesioni ulcerative cutanee, affiancando alla terapia tradizionale l'impiego di una nuova apparecchiatura tecnologica che accelera la riparazione tissutale, promuovendo la sintesi ed il rilascio dei fattori di crescita vascolari. » probabilmente legata a questa motivazione l'importante effetto del trattamento FREMS nella riduzione della profondità che si osserva già dopo due mesi. La riduzione dell'edema e la riattivazione della perfusione sono ragionevolmente i due aspetti principali cui at-

tribuire l'efficace riduzione della sintomatologia dolorosa (-35% dopo una settimana). L'analisi di questi risultati ci induce a considerare questo trattamento efficace nella cura delle lesioni difficili ed anche efficiente in quanto, affiancandolo alla terapia tradizionale, riduce i tempi di cura e, di conseguenza, i relativi costi associati, migliorando la qualità di vita del paziente stesso.

Bibliografia

1. Bevilacqua M, et al. Disturbances of Vasomotion in Diabetic (Type2) Neuropathy: Increase of Vascular Endothelial Growth Factor, Elicitation of Sympathetic Efflux and Synchronization of Vascular Flow (Vasomotion) during Frequency Modulated Neural Stimulation (FREMS). The Endocrine Society's 86th Annual Meeting, New Orleans 2004.
2. Bosi E et al. Effectiveness of frequency-modulated electromagnetic neural stimulation in the treatment of painful diabetic neuropathy. Diabetologia 2005;48:817-23.

Esercizio fisico con gli arti superiori e supplementazione nutrizionale nell'anziano in RSA

M. Venturelli[1 2], R. Scarsini[2], R. Bottura[2], M. Lanza[1], F. Schena[1]

[1] Università di Verona Facoltà di Scienze Motorie; [2] Fondazione Onlus Mons. Arrigo Mazzali Mantova

Scopo. Il declino della forza e della massa muscolare sono correlate durante l'invecchiamento alle funzioni fisiche, alla fragilità ed alla sedentarietà. Molti fattori come le patologie croniche, la sedentarietà, la malnutrizione e l'invecchiamento stesso contribuiscono alla perdita di autonomia e di massa muscolare nel grande anziano. Alcuni di questi fattori sono prevenibili e potenzialmente reversibili con interventi specifici. L'efficacia dell'allenamento per la forza degli arti inferiori associata a supplementazione nutrizionale è ben provata (1), ma le caratteristiche medie degli anziani residenti in RSA non permettono di intervenire con programmi di forza per gli arti inferiori poiché vi è una netta prevalenza in questo ambito di soggetti non più deambulanti. Lo scopo di questo studio è quindi la verifica dell'efficacia di un intervento nutrizionale e/o motorio basato sull'allenamento per la forza sugli arti superiori in soggetti non deambulanti residenti in RSA.

Materiali e metodi. 18 soggetti (4 uomini e 14 donne) con età media di 83 ± 4 anni sono stati reclutati presso la Onlus Mons. Arrigo Mazzali di Mantova. Sono stati arruolati i soggetti di età superiore a 75 anni, incapacità di deambulazione autonoma, distribuzione adiposa normale, assenza di diabete, cachessia o scompenso cardiaco. I soggetti sono stati inseriti in modo random all'interno di 3 diversi gruppi: gruppo (GrT+I) che eseguiva 2 volte la settimana esercizi per lo sviluppo della forza con gli arti superiori (2) ed assumeva 2 volte al giorno un integratore alimentare, gruppo (GrT) che eseguiva solo gli esercizi con arti superiori; un gruppo di controllo (GrC+I) che non eseguiva allenamenti ma assumeva 2 volte al giorno un integratore alimentare. I soggetti sono stati valutati in 4 tempi diversi con un intervallo di 3 mesi, misurando i parametri relativi alla forza delle braccia (3), la circonferenza del braccio teso (4), la plica tricipitale (4), e le ADL (5). Tutti i soggetti mantenevano una alimentazione controllata e costante con un introito calorico medio di 1800-2000 Kcal, i due gruppi ai quali è stato somministrato l'integratore alimentare aumentavano l'introito calorico giornaliero di 400 Kcal (proteine 40 g, carboidrati 41.6 g, grassi 8.4 g).

Risultati. Un soggetto del GrC+I non ha portato a termine la sperimentazione causa decesso, i soggetti dei gruppo GrT+I e GrT hanno mantenuto una elevata aderenza al programma di attività fisica (> 85%).

I valori di forza sono migliorati significativamente per il GrT+I a partire dal 6 mese rispetto al GrC+I, anche il GrT migliora la forza rispetto al GrC+I ma solo dopo 9 mesi, non si riscontrano invece differenze tra i due gruppi allenati. La circonferenza del braccio è maggiore per il GrT+I rispetto al GrC+I a partire dal 6 mese, non sono emerse differenze tra i gruppi allenati. Le ADL e la plica tricipitale non sembrano essere influenzate dall'allenamento e dalla integrazione alimentare.

Conclusioni. I dati di questo studio sembrano indicare che per gli anziani con gravi deficit motori esista una in-

Tab. I. Valori medi ± ds; Anova per misure ripetute: † = $p < 0.05$ tra tempi; § = $p < 0.05$ tra gruppi.

	Forza braccio (n-rip)				Circ. braccio (cm)			
Tempo (giorni)	**0**	**90**	**180**	**270**	**0**	**90**	**180**	**270**
GrT+I	10.2 ± 1.2	14.0 ± 2.8	15.0 ± 3.0 † §	17.5 ± 2.5 † §	23.5 ± 2.3	23.8 ± 1.9	24.5 ± 2.3 §	24.8 ± 1.9 §
GrT	11.3 ± 2.8	12.5 ± 2.5	13.3 ± 3.4	15.0 ± 3.0 §	23 ± 2.8	23.3 ± 2.1	23.7 ± 2.2	23.7 ± 2.7
GrC+I	10.4 ± 1.1	11.8 ± 1.9	10.4 ± 0.5	10.6 ± 1.8	21.6 ± 1.1	21.0 ± 1.4	20.8 ± 2.2	20.8 ± 2.0

	Plica tricipitale (mm)				ADL Barthel			
Tempo (giorni)	**0**	**90**	**180**	**270**	**0**	**90**	**180**	**270**
GrT+I	11.3 ± 1.9	12.7 ± 1.4	13.3 ± 1.0	13.7 ± 1.2	22.3 ± 9.0	26.2 ± 9.0	28.7 ± 8.7	29.2 ± 9.4
GrT	13.2 ± 2.5	13.7 ± 1.4	13.0 ± 1.3	13.5 ± 1.6	27.0 ± 11.7	29.0 ± 11.7	28.7 ± 11.6	29.8 ± 12.1
GrC+I	14.8 ± 2.4	13.6 ± 2.3	14.4 ± 1.9	14.2 ± 1.3	26.2 ± 10.1	24.6 ± 9.3	23.2 ± 9.8	24.0 ± 9.9

terazione tra l'esercizio fisico eseguito con gli arti superiori, la supplementazione alimentare e l'incremento della circonferenza del braccio.
L'incremento della forza nelle braccia se accompagnato dalla integrazione alimentare avviene con tempi più brevi rispetto al solo allenamento. Ciò potrebbe essere causato dall'accrescimento di massa muscolare stimata dalla circonferenza del braccio, rispetto alla massa grassa valutata dalla plica tricipitale che aumenta ma non significativamente. I dati raccolti indicano comunque che l'accrescimento della forza delle braccia non è accompagnato da un miglioramento significativo delle ADL, tale stima è comunque approssimativa causa la bassa numerosità del campione selezionato e la grande dispersione dei valori raccolti. Rispetto all'allenamento eseguito con le gambe1 il programma per le braccia nell'anziano sembra ugualmente efficace e l'associazione con una integrazione alimentare potrebbe diminuire i tempi di risposta.

BIBLIOGRAFIA

1. Fiatarone MA, et al. NEJM 1994;330:1769-75.
2. Cavani V, et al. JAPA 2002;10:443-52.
3. Rikli RE, Jones CJ. JAPA, 7, 129-61.
4. ACSM Guidelines for exercise testing and prescription. (6th ed.) 2000.
5. Mahoney FI, Barthel DW. MSMJ 1965;14:61-5.

Un Progetto Riabilitativo di Struttura. RSA di Varazze - Asl 2 Savona

A. Venturino, M. Arecco, B. Beltrame, M. Fonte, M. Barbero
U.O.S. RSA Varazze; Dipartimento Cure Primarie

Le "*attività sanitarie di riabilitazione*" consistono in interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e in altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la propria disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare e sociale.
Nella RSA di Varazze, il personale sanitario e assistenziale sta lavorando per formalizzare un "*contratto di assistenza*" che garantisca, basandosi sul principio dell'interprofessionalità e della relazione di aiuto, l'assistenza personalizzata per obiettivi condivisi.
L'idea è nata da una riflessione sul nursing riabilitativo come esperienza di "*accudimento*" globale della persona da parte delle diverse professionalità, nel rispetto dell'individuo e delle sue esigenze.
Per superare la dicotomia tra tempo assistenziale e tempo terapeutico si è pensato di strutturare programmi flessibili in grado di garantire un "tempo riabilitativo" nell'arco dell'intera giornata con ritmi, il più possibile, riconoscibili.
Siamo arrivati così, ad individuare il concetto di "*giornata riabilitativa*" in cui la risposta ad ogni esigenza dell'utente viene fornita in un'ottica "*riabilitativa*" sia per quanto riguarda l'intervento degli operatori sia per quanto riguarda l'organizzazione della struttura.
Il progetto riabilitativo di struttura è condizionato dagli spazi fisici in cui si opera e dalla organizzazione del lavoro.
Per quanto riguarda il primo punto poniamo l'accento sul massimo sfruttamento delle risorse strutturali positive presenti (la presenza di un bagno in ogni camera, la presenza di saloni comuni su ogni piano di degenza, l'esistenza di un giardino frequentato anche dai residenti del quartiere, ect) e l'ottimizzazione di quelle che potrebbero costituire un limite (stanze di ridotta metratura, suddivisione della struttura in due piani di degenza più un piano terra destinato prevalentemente a locali di servizio e ad ambulato, ecc).
Grande attenzione è stata posta all'organizzazione del lavoro ponendo l'accento sulla necessità di:

- implementare la relazione con il paziente che deve sentirsi accolto, protetto, assistito e partecipe in ogni attività;
- sviluppare capacità comunicative adeguate al livello cognitivo e personale del paziente;
- rispettare la dignità e la privacy del paziente durante ogni momento della giornata;
- rispettare i tempi biologici del paziente nell'espletamento delle funzioni di base quali il ritmo sonno veglia, l'alimentazione, le evacuazioni, l'igiene, l'abbigliamento, gli spostamenti;
- rispettare le preferenze del paziente e dei suoi familiari concordando le varie fasi del progetto assistenziale e riabilitativo, ponendo attenzione agli aspetti "educativi" della relazione nei confronti dei soggetti con disabilità residua.

Particolare cura inoltre deve essere posta nel nursing dedicato ai pazienti che sono prossimi al termine del loro percorso di vita, cercando di non far loro pesare la maggior dipendenza a cui sono sottoposti, promuovendo la qualità della vita fino agli ultimi istanti per aiutarli a morire con dignità.
Il progetto riabilitativo di struttura prevede quindi comunque una attenzione particolare alla dimissione del paziente intesa come accompagnamento e preparazione al rientro al domicilio, quando possibile, o all'inserimento in strutture protette.

La rete assistenziale per il soggetto anziano affetto da demenza: gli outcomes del progetto P.R.I.S.M.A. (Percorso a Rete Integrata di Servizi per la Malattia di Alzheimer) dell'Istituto Palazzolo

N. Viti[1], C. Abbate[1 2], G. Bonacina[1], G. Galetti[1], R. Caprioli[1]
[1]Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Onlus, Milano; [2]I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore, Policlinico, Milano

Scopo. In letteratura vi sono diversi studi relativi ai servizi forniti ai familiari dei soggetti anziani affetti da Malattia di Alzheimer (1 2). L'Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus, di Milano ha realizzato, circa tre anni fa, il "progetto PRISMA" (Percorso a Rete Integrata di Servizi per la Malattia di Alzheimer), creando una specifica rete di servizi per le esigenze relative alla diagnosi, alla cura ed alla gestione dei malatti di Alzheimer. Sono stati realizzati diversi interventi riguardanti specialmente il

supporto della famiglia ed anche degli operatori, che assistono i soggetti anziani affetti da demenza. Scopo di questo lavoro è la valutazione a distanza di tre anni di questo complesso progetto assitenziale per i soggetti anziani affetti da demenza, pei i familiari e per gli operatori.
Materiali e metodi. L'U.V.G. ed i servizi sociali garantiscono ai familiari degli anziani affetti da demenza una completa informazione delle diverse prestazioni erogate dall'Istituto Palazzolo, a seconda delle esigenze del malato: l'ambulatorio U.V.A, per la diagnosi e la terapia delle forme iniziali di Alzheimer, il Centro Diurno Integrato, per le forme di demenza lievi, la Casa di Cura, con un reparto di medicina ed uno di riabilitazione, per malati di Alzheimer con patologie acute in atto, un Nucleo Alzheimer con annesso giardino Alzheimer i reparti della RSA per le forme gravi e terminali. La Residenza Arcobaleno-Nucleo Alzheimer è una speciale unità di cura, specializzata per i soggetti affetti da demenza con gravi disturbi comportamentali, i cuiobiettivi principali sono quello di ridurre la contenzione fisica, di diminuire l'utilizzo di farmaci sedativi e di migliorare la qualità di vita degli ospiti (3).
Risultati. In questi tre anni il progetto PRISMA ha permesso il raggiungimento di diversi outcomes: principalmente è stato creato un "punto di riferimento" per i familiari dei malati di Alzheimer, identificabile nello stesso Istituto Palazzolo; una pluralità di servizi per la cura del soggetto anziano affetto da demenza, in ogni fase della malattia; il rallentamento della progressione della malattia, sia dal punto di vista cognitivo che comportamentale, per i pazienti ricoverati nella Residenza Arcobaleno, con un progressivo miglioramento degli interventi e dell'assistenza per i malati di Alzheimer e la riduzione dello stress e del burn-out degli operatori; la promozione di corsi, di convegni e di incontri formativi, per il personale sanitario e per i familiari; la creazione di un servizio di riabilitazione cognitiva e di un servizio di psicologia per l'assistenza ai familiari; la pubblicazione dei risultati ottenuti. Inoltre nel 2004 sono stati realizzati un convegno scientifico ed un corso, con produzione di una specifica dispensa, per i familiari dei soggetti anziani affetti da demenza. Nel 2005 è iniziata l'attività della Residenza Arcobaleno, con la disponibilità di 30 posti letto per la gestione del paziente con importanti deficit cognitivi e con gravi disturbi comportamentali. Nel 2006 è stato elaborato il "progetto PANAMA" (Pianificazione dell'Assistenza nel Nucleo Arcobaleno per i Malati di Alzheimer), creato per favorire la comunicazione e lo scambio di informazioni tra gli operatori ed i familiari rispetto alla gestione dell'ospite. Entrambi i progetti, PRISMA e PANAMA, sono stati presentati nell'ambito di convegni internazionali appartenenti alla "Rete HPH" (Health Promoting Hospitals – Ospedali per la Promozione della Salute). Nel maggio di quest'anno è stato realizzato un corso formativo accreditato ECM per gli infermieri, i fisioterapisti, gli ASA, gli OSS e gli educatori-animatori. Sono infine "in cantiere" un nuovo corso di formazione e di informazione per i familiari dei malati di Alzheimer, una pubblicazione sempre per i familiari e ulteriori progetti di ricerca.
Conclusione. L'Istituto Palazzolo si propone come una struttura moderna e particolarmente attrezzata per la gestione del soggetto anziano affetto da demenza in ogni fase della malattia, da lieve a moderata-grave sino alle fasi terminali. La pluralità di servizi erogata dall'Istituto, associata ai corsi, ai convegni ed ai progetti di ricerca permette di fornire un concreto aiuto ai malati di Alzheimer ed ai loro familiari, garantendo una progressiva crescita intellettuale, culturale, strutturale ed organizzativa rivolta all'eccellenza nella gestione di questa malattia.

Bibliografia

1. Dello Buono M, Busato R, Mazzetto M, Paccagnella B, Aleotti F, Zanetti O, et al. Unit for Epidemiology and Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:915-24.
2. Snyder L. Care of patients with Alzheimer's disease and their families. Clin Geriatr Med 2001;17:319-35. Review.
3. Bellelli G, Frisoni GB, Bianchetti A, Boffelli S, Guerrini GB, Scotuzzi A, et al. Special care units for demented patients: a multicenter study. Gerontologist 1998;38:456-62.

L'anziano con scompenso cardiaco e i ricoveri ospedalieri ripetuti: importanza della banca dati per assicurare completezza delle informazioni e la continuità assistenziale

A. Zanasi, G. Rioli. C. Mussi

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Nuovo Ospedale civile S. Agostino-Estense, 41100 Baggiovara di

Scopo della ricerca. I pazienti anziani con scompenso cardiaco (SC) vanno incontro a ripetute ospedalizzazioni per la patologia di base, per l'elevata comorbilità e anche per la scarsa efficacia e la ridotta continuità delle cure domiciliari. L'anamnesi nell'anziano è difficile e lacunosa: le notizie relative ai ricoveri ospedalieri e alla progressione della patologia sono spesso incomplete per le ridotte capacità del Medico a conoscere la lunga storia clinica del paziente e per la difficoltà da parte del malato e dei suoi parenti o *caregivers* a ricordare gli eventi clinici del passato. Il materiale cartaceo riguardante i ricoveri ospedalieri risulta frequentemente incompleto e frammentario. Lo scopo della nostra ricerca è la valutazione della concordanza tra il dato anamnestico e quello informatico (oggettivo) riguardante il numero di ospedalizzazioni nel paziente anziano affetto da SC.
Materiali e metodi. Nel periodo Giugno 2006-Febbraio 2007 sono stati ricoverati nella UO di Geriatria di Modena 97 soggetti, 40 maschi (41,2%) e 57 femmine (58,8%), di età media 86,5 ± 6,3 anni, con diagnosi di SC; di questi è stato valutato il numero di ricoveri ospedalieri degli ultimi tre anni, utilizzando l'anamnesi e la documentazione fornita dal paziente, dai familiari o dalla struttura di provenienza. I dati sui ricoveri ospedalieri riguardanti gli stessi pazienti sono stati inoltre valutati attraverso l'applicativo MATRIX dell'AUSL che raccoglie in un unico server i dati riguardanti i ricoveri ospedalieri di tutta la provincia di Modena. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al numero di ricoveri non correttamente ricordati: grup-

po 1 (0 o 1 errore, N = 54), gruppo 2 (2 o più errori, N = 43). Il *test t di Student* per campioni indipendenti è stato utilizzato per valutare le differenze tra le medie dei ricoveri ripetuti ottenuti con le due metodologie; il *test Gamma* è stato utilizzato per valutare le differenze tra variabili ordinali, mentre il *chi quadrato* è stato utilizzato per studiare le variabili dicotomiche.
Risultati. In base all'anamnesi risulta che i pazienti sono stati ricoverati mediamente 2,9 ± 1,6 volte in tre anni; utilizzando l'applicativo Matrix invece il numero di ricoveri per gli stessi pazienti sale a 5,2 ± 3,8 ($p < 0,001$). Pertanto il valore ottenuto con l'anamnesi è errato. Il maggior numero di errori nel riferire ricoveri ripetuti avviene nel gruppo di pazienti che vivono soli senza assistenza (18,6% vs. 5,6%) e con badante o assistenza territoriale (37,2% vs. 25,9%), mentre per i pazienti che vivono con assistenza di famigliari (34,9% vs. 55,6%) o in struttura (9,3% vs. 13,0%) il dato relativo ai ricoveri ripetuti è riportato con maggior correttezza, indipendentemente da classe NYHA, stato cognitivo, comorbilità, autosufficienza o sintomi affettivi (p for trend: 0,014).
Conclusioni. L'utilizzo di sistemi informatizzati come la banca dati (sistema Matrix dell'azienda AUSL di Modena) permette la precisa definizione della storia clinica del paziente, fondamentale per l'auspicata continuità assistenziale e la corretta gestione clinica delle malattie croniche come lo SC. In mancanza di un sistema informatizzato appropriato, la presenza di famigliari risulta fondamentale per una corretta raccolta della storia e della documentazione clinica del paziente.

Effetto dell'ibuprofene nella malattia di Alzheimer: uno studio randomizzato controllato

O. Zanetti[1], C. Bonomini[1], P. Pasqualetti[2], D. Milazzo[2], L. Paulon[2], G. Dal Forno[3], E. Sinforiani[4], C. Marra[5], C Consiglio[5], E. Cassetta[6], I. Cariddi[6], R. Carnaghi[7], P. Vizzuso[7], M. Peresson[8], F. Pauri[9], P.M. Rossini[1 2 10]

[1]Unità Operativa Alzheimer, IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli", Brescia; [2] Centro di Statistica Biomedica e Tecnologia Informatica, AFaR Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca, Roma; [3] Department of Neurology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA; [4] Unità Operativa Alzheimer, Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino, Pavia; [5] Università Cattolica S. Cuore, Roma; [6] Unità Operativa Alzheimer, Ospedale Isola Tiberina – Fatebenefratelli, Roma; [7] Unità Operativa Alzheimer, Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata, Torino; [8] Unità Operativa Alzheimer, Ospedale S. Pietro, Fatebenefratelli, Roma; [9] Università La Sapienza, Roma; [10] Neurologia Clinica, Università Campus BioMedico, Roma

Scopo della ricerca. Negli ultimi anni numerosi studi hanno indagato l'efficacia di diversi farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nell'evoluzione della Malattia di Alzheimer (AD). Evidenze epidemiologiche e studi clinici hanno infatti suggerito che l'esposizione per lunghi periodi di tempo ai FANS, riduceva il rischio di sviluppare AD. Obiettivo primario di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'ibuprofene in pazienti affetti da AD lieve o moderato, seguiti per 12 mesi.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 132 pazienti con AD lieve o moderato, di età superiore ai 65 anni, ed un punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE) superiore a 14/30.
Il trattamento prevedeva l'assunzione giornaliera di 4 compresse da 200mg di ibuprofene o placebo, più una compressa contenente 20mg di esomeprazolo, per il gruppo assegnato all'ibuprofene, oppure placebo.
Outcome primario dello studio: grado di declino cognitivo misurato attraverso l'Alzheimer Disease Assesment Scale – Cognitive subscale (ADAS-Cog) e MMSE.
Outcome secondari: 1) autonomie strumentali e di base della vita quotidiana Instrumental Activity Daily Living (IADL) e Basic Activity Daily Living (BADL); 2) disturbi comportamentali attraverso la Neuropsychiatric Inventory (NPI); 3) qualità di vita del caregiver intesa come sintomatologia depressiva (Beck Depression Inventory), ansia di stato e di tratto (State Trate Anxiety Inventory- Forma Y) e carico globale (Caregiver Burden Inventory); 4) valutazione globale del paziente attraverso la Clinician's Interview Based Impression of Change (CIBIC-Plus).
Per valutare l'effetto del trattamento è stata impiegata l'analisi delle varianza e covarianza (ANCOVA), utilizzando il punteggio riportato alla visita Basale alla scala ADAS-Cog come covariata. L'analisi statistica ha preso in considerazione come covariate anche le eventuali disomogeneità – indicate da un valore di significatività "liberale" minore di 0.15 – tra i due bracci in termini di età, sesso, educazione, terapie concomitanti e lunghezza della malattia. Nel caso DI una significativa relazione tra queste variabili ed il cambiamento all'Adas-Cog, la corrispondente variabile è stata inserita nell'analisi con modello ANOVA. Una prima analisi è stata condotta attraverso il sistema Intention-to- Treat, in seguito è stata condotta anche un analisi secondaria Per-Protocol.
Risultati. Alla baseline (66 ibuprofene vs. 66 placebo) entrambi i gruppi erano simili per età (73.7 ± 7.3 vs. 74.0 ± 7.8, p = .784), livello di educazione (7.4 ± 3.7 vs. 7.0 ± 3.8, p = .504), durata della malattia (mediana in mesi = 24 vs.18, p = .776), e livello cognitivo (MMSE 19.7 ± 3.0 vs. 20.3 ± 3.8, p = .362; ADAS-Cog:26.8 ± 10.6 vs. 25.6 ± 10.7, p = .515). L'analisi Intention-to-Treat a 9 mesi, su 95 pazienti (51 ibuprofene vs. 44 placebo; p = .245), non ha evidenziato differenze significative nel declino cognitivo fra i due gruppi: ADAS-cog -3.0 punti nel gruppo trattato con ibuprofene contro -3.1 punti nel gruppo di controllo (95% CI = 2.9 -2.7 p = .951); risultati simili sono stati osservati nei punteggi riportati dai due gruppi al MMSE (p = .288), con un decremento di -2.1 vs. 2.7 punti rispettivamente. Nel sottocampione seguito fino a 18 mesi (25 ibuprofene vs. 20 placebo), il declino cognitivo tende, ancora in modo non significativo, a rallentare nel gruppo trattato con ibuprofene sia al MMSE (-3.2 vs. -4.6) che all'Adas-cog (+6.8 vs. +9.1) ed a beneficiarne sono i portatori di APOE•Â4.
Conclusioni. Questi risultati confermano quanto emerso ad oggi negli studi in letteratura, ovvero che il trattamento con ibuprofene non è in grado di avere un impatto significativo sulla progressione dei deficit cognitivi nella Malattia di Alzheimer.

Arteriopatia periferica e sindrome metabolica: dati di prevalenza e mortalità negli anziani dello studio Pro.V.A.

S. Zanoni[1 2], G. Romanato[1 2], S. Zambon[1], M.C. Corti[3], L. Sartori[1], G. Baggio[4], E. Musacchio[1], E. Manzato[1 2], G. Crepaldi[2]

[1]Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; [2]CNR, Istituto di Neuroscienze, Sezione Invecchiamento, Padova; [3] Direzione Sanitaria Azienda ULSS 16; [4]Azienda Ospedaliera di Padova

Scopo. Negli ultimi anni il ruolo della sindrome metabolica nel definire soggetti a rischio cardiovascolare aumentato è stata messo in discussione. Molti studi, ma non tutti, suggeriscono un'associazione indipendente tra sindrome metabolica ed eventi cardiovascolari. Identificare soggetti con sindrome metabolica e malattia vascolare documentata, come nel caso dell'arteriopatia periferica, potrebbe identificare sottogruppi di soggetti con rischio cardiovascolare aumentato (1). Pochi studi hanno esaminato l'effetto della sindrome metabolica in pazienti con arteriopatia periferica sulla mortalità generale e vascolare. Lo scopo di questo lavoro è stato investigare se la sindrome metabolica, nei soggetti anziani con e senza arteriopatia periferica, identifichi soggetti con una prognosi peggiore in termini di mortalità per tutte le cause e mortalità cardiovascolare dopo un'osservazione di 4 anni. In particolare abbiamo voluto descrivere la prevalenza di malattie cardiovascolari (angina, infarto miocardio acuto, insufficienza cardiaca, ictus cerebri), diabete e sindrome metabolica in relazione alla presenza o assenza di arteriopatia periferica; il rischio relativo e la curva di mortalità totale in soggetti con arteriopatia periferica e/o con sindrome metabolica; l'impatto della sindrome metabolica sulla mortalità totale e vascolare, in presenza o assenza di arteriopatia periferica.
Materiali e metodi. Lo studio Pro.V.A. (Progetto Veneto Anziani) è uno studio osservazionale longitudinale condotto su 3099 soggetti (1245 uomini e 1854 donne) di età uguale o superiore a 65 anni della popolazione generale di due aree del Veneto (2). Di questi soggetti è stata valutata la presenza di diabete, malattie cardiovascolari, in particolare l'arteriopatia periferica, e la sindrome metabolica secondo i criteri NCEP-ATP III (3). Questi soggetti sono stati osservati al basale e dopo per un periodo di 4 anni circa, valutando anche le cause di morte.
Risultati. L'arteriopatia periferica è presente nel 20,1% negli uomini e nel 12,1% delle donne dello studio Pro.V.A. I soggetti con arteriopatia periferica sono più vecchi, presentano un indice di massa corporea più basso, hanno livelli di pressione sistolica significativamente più elevati rispetto ai non arteriopatici. Glicemia e HbA1c, trigliceridi, omocisteina e lipoproteina(a) risultano significativamente più elevati nei soggetti con arteriopatia periferica. Nei soggetti con arteriopatia periferica vi è una frequenza maggiore di tutte le patologie cardiovascolari e diabete. La sindrome metabolica è più frequente tra i soggetti con arteriopatia periferica (32% negli uomini e 56% nelle donne) rispetto ai soggetti senza. La presenza di arteriopatia periferica si associa a fattori di rischio cardiovascolare come l'età, il fumo, il diabete, l'ipertensione arteriosa, il colesterolo LDL, ma anche a trigliceridi, fibrinogeno e IMC. Il rischio relativo di morte per tutte le cause nei soggetti con arteriopatia periferica è circa doppio rispetto ai soggetti senza arteriopatia periferica. Nella popolazione del Pro.V.A. esente da infarto miocardico, angina o ictus al basale, i soggetti con sindrome metabolica mostrano un trend di mortalità diverso rispetto a quelli senza la sindrome. La sindrome metabolica non contribuisce al rischio di morte nei soggetti con arteriopatia periferica mentre risulta significativo il suo contributo nei soggetti senza. La sindrome metabolica contribuisce in modo significativo al rischio di morte per cause vascolari nei soggetti esenti da malattia vascolare. Questo contributo significativo si perde stratificando per presenza o assenza di arteriopatia periferica.
Conclusioni. Da questo studio su soggetti anziani si evince quanto sia importante diagnosticare l'arteriopatia periferica perché identifica un gruppo si soggetti che, anche in assenza di altre patologie cardiovascolari, presenta un rischio più elevato di mortalità. In una popolazione generale di anziani la presenza della sindrome metabolica non modifica l'associazione tra arteriopatia periferica e rischio di mortalità. Il ruolo della sindrome metabolica sul rischio di mortalità per tutte le cause è importante invece nei soggetti senza arteriopatia periferica. Per quanto riguarda l'impatto della sindrome metabolica sul rischio di mortalità vascolare, sarà necessario osservare per un tempo più lungo il campione del Pro.V.A. Risulta comunque importante monitorare glicemia e colesterolo HDL in soggetti anziani senza patologia cardiovascolare in quanto contribuiscono in modo significativo al rischio di morte per cause vascolari.

BIBLIOGRAFIA

1. Gorter PM, Olijhoek JK, van der Graaf Y, Algra A, Rabelink TJ, Visseren FL; SMART Study Group. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease or abdominal aortic aneurysm. Atherosclerosis 2004;173:363.
2. Corti MC, Guralnik JM, Sartori L, Baggio G, Manzato E, Pezzotti P, et al. The Effect of Cardiovascular and Osteoarticular Diseases on Disability in Older Italian Men and Women: Rationale, Design and Sample Characteristics of the Progetto Veneto Anziani (PRO.V.A.) Study. JAGS 2002;50:1535.
3. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486.

Correlazione tra livelli di colesterolo HDL nel plasma e accumulo di lipidi neutri in linfomonociti periferici di pazienti con malattia di Alzheimer

C. Zaru[1], M. Palmas[1], C. Abete[2], C. Norfo[2], C. Mulas[2], M. Putzolu [2], A. Pani [2], S. Dessì [2], P.F. Putzu[1]

[1]Centro Alzheimer, Divisione Geriatria, ASL 8, Cagliari; [2]Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari

Scopo. Numerosi studi sperimentali e clinici, hanno messo in evidenza una relazione tra livelli di colesterolo e ma-

lattia di Alzheimer, sebbene i risultati siano stati spesso in contrasto tra loro.
Scopo del nostro studio è stato quello di verificare se le alterazioni del metabolismo del colesterolo descritte in numerosi studi e rilevate al livello delle cellule del SNC di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer (AD), siano presenti anche in cellule del sangue periferico (linfomonociti) e se tali alterazioni si riflettano sui valori plasmatici di colesterolo.
Materiali e metodi. Il campione esaminato è composto da 61 pazienti (range 66-86 aa; età media ± ES = 79.10 ± 1.01), in prevalenza donne (42/53) affetti da malattia di Alzheimer in stadio lieve-moderato e 25 "controlli sani senza deficit cognitivi" di età compresa fra 71 ed 87 anni (età media ± ES = 78.30 ± 0.81), 13/20 donne, afferiti, nel periodo compreso tra settembre 2006 e giugno 2007, presso il Centro Alzheimer della Divisione Geriatria P.O. SS Trinità - ASL 8 - Cagliari. Per la diagnosi di malattia di Alzheimer i pz sono stati sottoposti ad esami ematochimici e strumentali di neuroimmaging, sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: Hachinsky-scale, MMSE, CDR, GDS, NPI, ADL, IADL, test di II livello (racconto di Babcock, test di Rey, fluenza verbale per lettera e per categoria, matrici attenzionali, copia di disegni, Token test). Sono utilizzati i criteri del DSM-IV, NINCDS-AIREN e del NINCDS-ADRA. I controlli sani sono stati selezionati dopo essere stati sottoposti ad una accurata anamnesi, alla somministrazione dell'MMSE e del Test dell'orologio. Non sono stati inclusi nello studio pazienti o volontari affetti da patologie neoplasiche o ematologiche, infezioni, insufficienza epatica o renale di severa entità, che abbiano subito un infarto del miocardio o un intervento chirurgico o un trauma cranico nei precedenti 6 mesi; inoltre non sono stati inclusi coloro che erano sotto trattamento con farmaci in grado di interferire (in modo noto) con il metabolismo del colesterolo.
Il plasma e i linfomonociti (PBMCs) sono stati isolati dopo centrifugazione di un prelievo di sangue venoso periferico eseguito sia sui controlli sani che sui pazienti affetti da AD. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e colesterolo HDL (HDL-C) sono stati determinati attraverso procedure colorimetriche enzimatiche di routine, i lipidi neutri cellulari sono stati determinati sia con metodiche di TLC che con il colorante Oil red O (ORO) in grado di legare i lipidi neutri, inclusi gli esteri del colesterolo, ma non il colesterolo libero. I valori ottenuti con l'ORO vengono espressi in base all'intensità del coloro rosso e suddivisi 5 classi: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++) e 4 (++++).
Risultati. Dallo studio è emerso che i livelli di colesterolo totale sono modicamente ridotti nel plasma dei pazienti affetti da AD, ma il dato non è risultato essere statisticamente significativo. Al contrario i livelli di HDL-C risultano significativamente ridotti nel plasma dei pazienti affetti da AD rispetto ai controlli, mettendo in evidenza che bassi livelli di HDL-C nel plasma, più dei livelli del colesterolo totale, potrebbero essere coinvolti nella patogenesi della AD. La maggior parte (51%) dei PBMCs dei pazienti affetti da AD hanno livelli di colorazione ORO tra 3 e 4, mentre la maggior parte dei PBMCs dei controlli (80%) ha un livello di colorazione ORO che varia tra 0 e 1. Inoltre il test di correlazione ha messo in evidenza che nei pazienti affetti da AD esiste una relazione inversamente proporzionale tra i livelli di colorazione ORO dei PBMCs e i livelli di HDL-C nel plasma. ($r = 0.46$, $P = 0.05$).
Conclusione. Sebbene il possibile meccanismo alla base della relazione che esiste tra bassi livelli di HDL-C e rischio di sviluppare la AD sia ancora tutto da stabilire, questi dati suggeriscono che bassi livelli di HDL-C del plasma di pazienti affetti da AD potrebbero essere determinati da una ridotta rimozione del colesterolo dai tessuti come conseguenza di un accumulo intracellulare dei suoi esteri. Dallo studio, inoltre, è emersa una correlazione diretta tra l'intensità della colorazione ORO dei PBMCs dei pazienti affetti da AD e la severità del deterioramento cognitivo, misurato con il punteggio all'MMSE. Dunque l'accumulo di esteri del colesterolo a livello intracellulare, più che essere solo un epifenomeno, potrebbe avere una rilevanza cinica e contribuire alla patogenesi della malattia.
Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Le polmoniti nel grande anziano

C. Zeliani, G. Balestrieri, L. Balestreri, S. Cossi, R. Scudellari, P. Cravarezza, G. Romanelli

Istituto di Clinica Medica, Geriatria, Università di Medicina di Brescia, Spedali civili di Brescia

Scopo. La polmonite è la malattia infettiva più comune dell'età geriatrica; la sua incidenza ed il tasso di mortalità crescono con l'aumentare dell'età, aumentando le problematiche terapeutiche e gestionali. Il nostro studio ha analizzato alcune di queste problematiche terapeutiche e la gestione economica di questa malattia valutando l'applicabilità dei DRG (Diagnostic Related Group) nei pazienti anziani.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato tutti i casi di polmonite ricoverati presso gli Spedali Civili di Brescia negli anni 2004-2005, codificati con il codice di diagnosi 482.9 (corrispondente a polmonite batterica non specificata). Dei 581 casi totali rilevati, 145 pazienti sono stati ricoverati presso la nostra Divisione; il 77% di questi avevano un'età superiore ai 70 anni. Sono risultati arruolabili 63 pazienti (37 maschi e 26 femmine): 4 pazienti sono stati attribuiti alla classe III, 34 alla classe IV, 25 alla classe V di Fine1. Infine, all'interno di ciascuna classe i pazienti sono stati suddivisi in maggiori o minori di 80 anni. È stata quindi valutata la durata della degenza e della terapia, lo stato di nutrizione (considerando indici come Body Mass Index, albuminemia, colesterolemia, creatininemia ed elettroliti sierici) e lo stato cognitivo. La spesa farmaceutica, uno dei fattori che incide maggiormente sul costo della gestione di questa affezione morbosa, è stata valutata, per ogni singolo caso, considerando il tipo e le modalità di trattamento antibiotico intrapreso: classe farmacologia e molecola utilizzata, l'esecuzione o meno di una terapia combinata e la via di somministrazione (orale o endovena). Nella valutazione dell'aspetto gestionale abbiamo quindi attribuito ad ogni scelta terapeutica il costo corrispondente e ad ogni caso il corretto DRG (DRG di polmonite semplice, complicata e con agente eziologico specificato) con il proprio valore economico secondo le tariffe applicate dalla Regione in cui operiamo.
Risultati. la classificazione di Fine è risultata funzionale anche nel paziente anziano. Pazienti in classe prognostica peggiore sono stati ricoverati e trattati più a lungo: i pazienti in classe IV sono stati sottoposti a trattamento antibiotico per 13 giorni contro i 15 della classe V, con una durata di de-

genza, rispettivamente, di 13 giorni per la classe IV contro 17 della classe V. Indici di nutrizione peggiori sono stati rilevati nei pazienti nelle classi di Fine di maggiore gravità. Inoltre all'interno della stessa classe maggior durata di trattamento e ricovero e più scadenti indici di nutrizione sono stati riscontrati nei soggetti con età superiore agli 80 anni.
La terapia antibiotica di associazione e la via di somministrazione infusiva sono state le scelte più comuni con inevitabile impatto sui costi. Di tutti i pazienti, solo 11 sono stati trattati con una monoterapia per via orale (la meno costosa, 840 €) e 30 con monoterapia per via endovenosa (costo 1980 €); prevalgono le associazioni, 4 pazienti sono stati trattati con associazione per via orale (costo 1210 €), 25 con associazione di terapia orale e endovenosa (2270 €), 14 con una associazione per via endovenosa (costo 2720 €).
La classificazione clinica di Fine trova una buona corrispondenza nella classificazione di tipo economico basata sui DRG. Infatti, dei pazienti in classe III, 3 avevano DRG di polmonite non complicata e 1 di polmonite complicata (0 agente eziologico); dei 34 pazienti di classe IV, 17 DRG erano di polmoniti non complicate, 13 di polmonite complicata, 4 con agente eziologico specificato; dei 25 pazienti in classe V, 9 DRG erano di polmonite non complicata, 15 di polmonite complicata e 1 con agente eziologico specificato. Al DRG di polmonite non complicata corrisponde un rimborso di 3410 €, mentre valore superiore possiedono il DRG di polmonite complicata (4170 €) e quello di polmonite con agente eziologico specificato (4710 €). A classi di Fine di maggiore gravità, che hanno richiesto un maggior impiego di risorse intellettuali e di tempo da parte del medico, corrisponde effettivamente un maggior rimborso economico.
Conclusione: la classificazione di Fine trova applicazione anche nel paziente anziano, correla in modo positivo alla durata di degenza e di terapia e trova buona corrispondenza con la classificazione a DRG. Il paziente anziano si conferma complesso e "impegnativo", non solo dal punto di vista clinico, ma anche da un punto di vista economico. Il metodo classificativo a DRG, peraltro funzionante, "dimentica" di diversificare l'età adulta da quella geriatrica e quindi non prende in considerazione la comorbilità tipica dell'anziano, in grado da sola di influenzare pesantemente i costi di gestione del malato.

BIBLIOGRAFIA

1. Fine MJ, Auble TE, Donald MY, Hanusa BH, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med, 1997;4:243-50.

Piaghe da decubito nella popolazione anziana: prevalenza e mortalità a lungo termine

P. Ziccardi[1], F. Mazzella[1], F. Cacciatore[1], G.Longobardi[1], A.Cuono[1], P. Abete[2], F. Rengo[2]

[1]Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Telese Terme, Bn; [2]Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università di Napoli, Federico II

Introduzione. Le piaghe da decubito rappresentano un complesso e costoso problema per il SSN e soprattutto per i pazienti che ne sono affetti, in ordine al peggioramento della qualità di vita conseguente. I soggetti anziani sono frequentemente ad alto rischio di insorgenza, in tutte quelle situazioni che causano allettamenti più o meno lunghi.
Scopo dello studio. è stato quello di stabilire la prevalenza delle piaghe da decubito (3 e 4 stadio) in un campione randomizzato di popolazione anziana e di verificare il ruolo esercitato da variabili cliniche e demografiche sulla loro comparsa ed evoluzione. A questo scopo abbiamo preso a campione la misurazione della qualità di vita come misura dello stato di salute in rapporto ai sintomi di depressione ed abbiamo verificato la mortalità a 12 anni mediante la raccolta dei certificati di morte dei partecipanti allo studio.
Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta su 1288 soggetti anziani selezionati sulla base delle liste elettorali in Campania, di età variabile tra i 65 e i 95 anni visitiate nel 1992. Sono stati valutati età sesso e comorbidità (Indice di Charlson), severo deficit cognitivo (MMSE < 12), malnutrizione incontinenza urinaria e fecale, allettamento > di 6 mesi, ed insufficienza cardiaca.
Risultati. Le piaghe da decubito erano presenti nell'1.4% dell'intera popolazione, con un aumento della prevalenza con l'età, 1.0%, 1.7% e 3.1% rispettivamente in soggetti con età compresa tra 65-74, 75-84 e 85 e oltre ($p < 0.05$). Nella Tabella sono presentati i dati che si riferiscono alla distribuzione delle condizioni prese in esame a seconda della presenza o all'assenza della piaghe da decubito nella popolazione esaminata.
I soggetti con piaghe hanno avuto un più alto punteggio alla GDS (15,2 ± 6,2 vs. 11,4 ± 6,6, $p = 0,017$) ed un peggiore percezione dello stato di salute (1.61 ± 0,17 vs. 0,87 ± 1,3; $p = 0.015$).
La regressione logistica effettuata per valutare il ruolo predittivo delle variabili analizzate sulle lesioni da decubito ha dimostrato che l'insufficienza cardiaca è associata in modo indipendente (OR 6,01-95%CI 1,31-23,12;$p = 0.021$).
La mortalità a 12 anni di follow up per i soggetti con piaghe da decubito è del 66,7%, mentre è del 52,7% della rimanente popolazione ($p = 0.017$). L'analisi di Kaplan-Meier mostra che insufficienza cardiaca predice la mortalità a 12 anni nei soggetti con piaghe da decubito ($p < 0.05$).
Conclusioni. Lo studio dimostra che su un campione random di popolazione anziana, indipendentemente dai ben conosciuti fattori di rischio, l'insufficienza cardiaca è associata alla presenza delle piaghe da decubito e ne predice

Variabili	Piaghe da decubito			
	Presenti	Assenti	Tutti	P value
MMSE < 12	20.0	8.8	9.0	0.145
Frattura di femore	5.6	1.8	1.9	0.291
BMI < 20	28.6	7.7	8.0	0.020
Incontinenza urinaria	22.2	5.5	5.7	0.017
Incontinenza fecale	11.1	2.5	2.6	0.079
Allettamento prolungato	27.8	10.6	10.9	0.038
Insufficienza cardiaca	41.2	9.1	9.5	0.001
Indice di Charlson	2.5 ± 2.1	1.6 ± 1.6	1.65 ± 1.68	0.030
Morte	66.7	52.7	52.9	0.017

la mortalità, suggerendo che una accurata valutazione clinica cardiovascolare dovrebbe essere fatta nei soggetti con insufficienza cardiaca, al fine di prevenire lo sviluppo di piaghe da decubito e quindi migliorare la qualità della vita e ridurre la mortalità.

Analisi della comorbidità in un campione di pazienti affetti da demenza ricoverati in ospedale

G. Zuliani[1], M. Cavalieri[1], G. Guerra[1], M. Galvani[1], M. Gallerani[2], B. Boari[2], F. Guerzoni[3], R. Fellin[1]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [2] Medicina Interna, Azienda Ospedaliera-Universitaria S. Anna Ferrara; [3] Servizio Statistico Azienda Ospedaliera-Universitaria S. Anna Ferrara

Scopo. La demenza è una patologia grave, frequente e gravata da importanti costi sociali ed economici. Èstato evidenziato come il 60% circa dei costi sanitari per i pazienti con Malattia di Alzheimer consista nelle spese relative a ricoveri ospedalieri. La seguente indagine ha voluto analizzare, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, le patologie che si associano alla presenza di demenza in un vasto campione di pazienti ricoverati in reparti per acuti.

Materiali e metodi. Sono stati considerati tutti i dati rilevabili dalle schede di dimissione ospedaliera di pazienti di età ≥ 60 anni ricoverati nel periodo compreso tra Gennaio 1998 e Dicembre 2004 presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara.

Risultati. Durante il periodo considerato vi sono stati 51.838 ricoveri (54,2% femmine). In 4.466 ricoveri (64% femmine) era segnalata la diagnosi demenza. I casi con demenza erano caratterizzati da: età media più elevata (82 vs. 75 anni, $p < 0.001$), maggior numero di ricoveri (media: 2,5 vs. 2,1, $p < 0.001$), maggiore comorbidità (n° medio patologie: 4.71 vs. 4.03, $p < 0.001$) e maggiore mortalità (10,5% vs. 7,8%, $p < 0.001$). La Tabella I riassume la prevalenza nella scheda di dimissione delle diagnosi più frequenti in soggetti con demenza confrontati con i soggetti senza diagnosi di demenza.

L'analisi di regressione logistica multivariata (aggiustata per sesso, età, numero di ricoveri) ha evidenziato un rischio significativamente aumentato ($p < 0.005$) di delirium (O.R. 5.24), entesopatie (O.R. 3.85), disturbi idro-elettrolitici (O.R. 3.64), patologie della vescica (O.R. 2.35), patologie della cute (O.R.2.08), polmonite (O.R. 1.64), e fratture o traumi (O.R. 1.33) nei pazienti con diagnosi di demenza.

Conclusione. La conoscenza della comorbidità che accompagna i soggetti con demenza può contribuire a definire i programmi di cura a livello ambulatoriale e territoriale al fine di portare ad una migliore gestione dei pazienti e ad un eventuale miglioramento nella gestione delle risorse.

Tab. I.

	con demenza (n° 4.466)	senza demenza (n° 47.372)	p
Arteriosclerosi	1468 (32,9%)	12918 (27,3%)	0.000
Ipertensione arteriosa	1219 (27,3%)	16202 (34,2%)	0.001
Cardiopatia ischemica cronica	516 (11,5%)	4788 (10,1%)	0.31
Malattie di ureteri e vescica	616 (13,8%)	2333 (4,9%)	0.001
Diabete mellito	584 (13,1%)	6640 (14,0%)	0.08
Scompenso cardiaco	543 (12,2%)	6024 (12,7%)	0.29
Ictus ischemico	516 (11,5%)	4788 (10,1%)	0.003
Traumi e/o fratture	511 (11,4%)	3837 (8,1%)	0.001
Polmonite	494 (11,1)	3205 (6,8%)	0.001
BPCO	441 (9,9%)	4082 (8,6%)	0.005
Neoplasia	396 (8,9%)	8516 (18,0%)	0.001
Anemia	392 (8,8%)	3909 (8,2%)	0.21
Malattie renali	378 (8,5%)	3877 (8,2%)	0.51
Cardiomiopatia ipertensiva	361 (8,1%)	4757 (10,0%)	0.001
Entesopatie	358 (8,0%)	774 (1,6%)	0.001
Malattie infettive	358 (8,0%)	3463 (7,3%)	0.08
Delirium	337 (7,5%)	490 (1,0%)	0.001
Alterazione equilibrio idroelettrolitico e acido-base	328 (7,3%)	671 (1,4%)	0.001
Malattie cutanee	313 (7,0%)	1459 (3,1%)	0.001